**Форма № 083/4-89 медицинской справки в бассейн:**

……………………………………….. Приложение к приказу  
  Департамента здравоохранения от 06.02.96 № 65  
………………………………………..  
Штамп медицинского учреждения

**С П Р А В К А**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. полностью, год рождения)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/указать: допущен (а) по состоянию здоровья к оздоровительному плаванию в бассейне по группе А, по группе В/  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/ печать врача /  
Анализ на энтеробиоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Дерматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
м.п. (подпись, печать врача)

(треугольная печать учреждения)  
*Если врачом не указан срок действия справки, то срок её действия три месяца*

**Медицинская справка в бассейн в свободной форме:**

**С П Р А В К А**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. полностью, год рождения)

в том, что он(а) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. прошёл(ла) медицинское обследование в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

необходимое для посещения бассейна.  
  
Заключение дерматолога: от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – кожные покровы чистые.  
  
Заключение терапевта: Практически здоров(ва)  
- анализ кала на яйца глист от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – отрицательный;  
- соскоб на энтеробиоз от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г. – отрицательный.

Заниматься оздоровительным плаваньем не противопоказано.  
  
Справка дана для предъявления в бассейн.  
м.п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  (подпись врача)  
Справка действительна до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_