

СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Дана _____ в том, что он(а)
(фамилия, имя ребёнка, возраст)

может заниматься в учреждении дополнительного образования детей по избранной специализации:

(указать инструмент, направление)

Противопоказаний нет

МП врача

Дата «__» _____ 20__ г.

(подпись врача)

/ _____
(расшифровка подписи)