

Приложение 1  
к приказу № 250- ОД  
от «26» февраля 2026 г.

Приложение 1  
к приказу № 250- ОД  
от «26» февраля 2026 г.

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_  
(врачебно профессионально-консультационное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_

4. Место учебы \_\_\_\_\_

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

5. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

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

6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_

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

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_  
(врачебно профессионально-консультационное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_

4. Место учебы \_\_\_\_\_

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

5. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

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

6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_

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

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт \_\_\_\_\_

Врач-хирург \_\_\_\_\_

Врач-невролог \_\_\_\_\_

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_

Врач-гинеколог \_\_\_\_\_

Данные флюорографии \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ФИО Главного врача медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

МП

Медицинская справка действительна в течении 6 месяцев со дня выдачи

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт \_\_\_\_\_

Врач-хирург \_\_\_\_\_

Врач-невролог \_\_\_\_\_

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_

Врач-гинеколог \_\_\_\_\_

Данные флюорографии \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ФИО Главного врача медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

МП

Медицинская справка действительна в течении 6 месяцев со дня выдачи