**Медицинский допуск для выполнения нормативов Комплекса ГТО на основании диспансеризации**

**Название организации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ступень** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Пол** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ФИО** | **ID номер** | **Группа здоровья** | **Допуск врача** |
| Иванов Иван Иванович | 17-66-00011111 | Основная группа здоровья | Допущен или не допущен |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Допущено \_\_\_\_\_\_ человек к выполнению норм ГТО.

Печать, подпись врача или медицинского работника

Печать организации и подпись директора