

Штамп  
ЛПУ

**Карта дополнительного медицинского осмотра  
для занятий физкультурой в организациях**  
*(заполняется врачом-терапевтом, врачом-педиатром  
территориальной поликлиники)*

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (возраст)

1. Дата проведения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра: \_\_\_\_\_

По результатам выявлено:

- Группа здоровья: \_\_\_\_\_

- Группа для занятий физкультурой: \_\_\_\_\_

2. Рост: \_\_\_\_\_

3. Вес: \_\_\_\_\_

4. Тип телосложения: \_\_\_\_\_

5. Уровень физического развития: \_\_\_\_\_

6. Уровень полового развития

(формула): \_\_\_\_\_

7. ЭКГ (дата, заключение – не менее 1 года) \_\_\_\_\_

8. Результаты нагрузочных проб: \_\_\_\_\_

**Заключение:**

Функциональная группа: \_\_\_\_\_

Дополнительная информация (при отнесении ко 2-й, 3-й, 4-й функциональным группам): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(подпись врача, выдавшего  
заключение)

Печать врача