

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 мая 2026 г. № 484н

(форма)

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
и адрес осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный номер
индивидуального предпринимателя)

**Медицинское заключение
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях
(учебно-тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях) ,
мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов)
Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и
обороне" (ГТО) "**

Реестровый номер медицинского заключения _____ - _____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения _____
Реестровый номер лица (спортсмена) (при наличии) _____
Название мероприятия _____
Вид спорта _____
Спортивная дисциплина _____
Этап спортивной подготовки (при наличии) _____
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского
обследования

ДОПУЩЕН

(указать необходимое)

к учебно-тренировочным мероприятиям _____
к участию в спортивных соревнованиях _____
к участию в физкультурных мероприятиях _____
к выполнению комплекса ГТО _____
Ограничения, в том числе физических нагрузок: (ДА/НЕТ) _____
Срок ограничения: _____
Описать ограничения: _____
Дата выдачи _____ " ____ " ____ 20__ г.
Медицинское заключение действительно до _____ " ____ " ____ 20__ г.
Должность лица, выдавшего заключение _____

_____/_____
Подпись /фамилия, имя, отчество (при наличии)

Печать медицинской
организации
(при наличии)