

Приложение N 4  
к Порядку проведения  
профилактических медицинских  
осмотров несовершеннолетних,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 10 августа 2017 г. N 514н

Медицинское заключение  
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе  
для занятий физической культурой

Выдано \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже,  
дата рождения)  
\_\_\_\_\_ о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям  
физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с  
ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической  
культурой (ненужное зачеркнуть).  
Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_  
(указывается в соответствии с [приложением N 3](#) к Порядку прохождения  
несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении  
в образовательные учреждения и в период обучения в них)

\_\_\_\_\_  
(должность врача, выдавшего заключение)      \_\_\_\_\_  
(подпись)      \_\_\_\_\_  
(фамилия, и.о.)

М.П.      Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение N 4  
к Порядку проведения  
профилактических медицинских  
осмотров несовершеннолетних,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 10 августа 2017 г. N 514н

Медицинское заключение  
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе  
для занятий физической культурой

Выдано \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже,  
дата рождения)  
\_\_\_\_\_ о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям  
физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с  
ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической  
культурой (ненужное зачеркнуть).  
Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_  
(указывается в соответствии с [приложением N 3](#) к Порядку прохождения  
несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении  
в образовательные учреждения и в период обучения в них)

\_\_\_\_\_  
(должность врача, выдавшего заключение)      \_\_\_\_\_  
(подпись)      \_\_\_\_\_  
(фамилия, и.о.)

М.П.      Дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.