

Наименование медицинской организации

Адрес _____

Медицинская справка
(заполняется на абитуриентов, поступающих в ГАПОУ «Набережночелнинский
политехнический колледж»)

ФИО _____

Дата рождения _____ дом. адрес (по комплексу) _____

№ серия паспорта _____

№ серия полиса ОМС _____

№ Детской поликлиники прикрепления _____

Медицинское заключение о состоянии здоровья абитуриента составляет врач подросткового кабинета детской поликлиники.

Группа здоровья _____ Диспансерный учет _____ Флюорография _____

Перенесенные заболевания (ветряная оспа...) _____

Перенесенные травмы _____

Офтальмолог _____

Отоларинголог _____

Ортопед _____

Невролог _____

Хирург _____

Нефролог, уролог (при наличии патологий) _____

Терапевт (педиатр) _____

Врачебное заключение о профессиональной пригодности: годен для учебы и работы в «ГАПОУ
Набережночелнинский политехнический колледж» по профессии/специальности

_____ (наименование профессии/специальности)

Дата выдачи справки: «__» _____ 20__ г.

Подпись врача _____

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.