

Штамп
поликлиники

Штамп
поликлиники

СПРАВКА № _____

СПРАВКА № _____

Выдана _____
ФИ ребенка

Выдана _____
ФИ ребенка

Дата рождения _____

Дата рождения _____

в том, что он(а) по состоянию здоровья допущен(а) к занятиям в объединении _____

в том, что он(а) по состоянию здоровья допущен(а) к занятиям в объединении _____

название объединения

название объединения

Центра детского творчества Вахитовского района.

Центра детского творчества Вахитовского района.

Противопоказаний к занятиям нет.

Противопоказаний к занятиям нет.

Справка дана для представления в администрацию образовательного учреждения.

Справка дана для представления в администрацию образовательного учреждения.

Справка действительна в течение 6 месяцев.

Справка действительна в течение 6 месяцев.

Дата _____

Врач _____
подпись

Дата _____

Врач _____
подпись

МП

МП