

НОРМА И ТРЕБОВАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ  
ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

В \_\_\_\_\_

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ  
ФОРМА № 086-V  
Утв. Минздравом СССР №1030  
04.10.80 г.

\_\_\_\_\_   
наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА (профессионально-консультативное заключение)

Заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средне-специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища, на подростков, поступающих на работу

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Выдана \_\_\_\_\_   
Наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, куда представляется справка **ГБОУ «Васильевская кадетская школа-интернат»**

3. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

4. Пол М/Ж \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения \_\_\_\_\_

6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

ПЕДИАТР \_\_\_\_\_

ХИРУРГ \_\_\_\_\_

ОРТОПЕД \_\_\_\_\_

НЕВРОПАТОЛОГ \_\_\_\_\_

ПСИХОНЕВРОЛОГ \_\_\_\_\_

ОКУЛИСТ \_\_\_\_\_

СТОМАТОЛОГ \_\_\_\_\_

ОТОЛАРИНГОЛОГ \_\_\_\_\_

ТРАВМАТОЛОГ \_\_\_\_\_

ФТИЗИАТР (данные реакции Манту) \_\_\_\_\_

АЛЛЕРГОЛОГ \_\_\_\_\_

ДЕРМАТОЛОГ \_\_\_\_\_

9. Данные лабораторных исследований: \_\_\_\_\_

10. Предохранительные прививки (указать дату) \_\_\_\_\_

11. **Врачебное заключение:**

На обучение (и проживание) в кадетской школе с усиленной физической нагрузкой **годен/негоден**

Подпись лица, заполнявшего справку \_\_\_\_\_

Подпись главного врача лечебно-профилактического  
учреждения: \_\_\_\_\_

М.П.