

Обходной лист для прохождения медицинской комиссии  
при поступлении в ГАОУ АО «Казачий кадетский корпус»

Выдан \_\_\_\_\_

(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес местожительства \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Заключение специалистов:

Офтальмолог \_\_\_\_\_

Отоларинголог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Эндокринолог \_\_\_\_\_

Стоматолог \_\_\_\_\_

Ортопед \_\_\_\_\_

Уролог \_\_\_\_\_

Фтизиатр \_\_\_\_\_

Педиатр \_\_\_\_\_

Данные флюорографического обследования (для детей старше 15 лет) \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований:

ОАК \_\_\_\_\_

ОАМ \_\_\_\_\_

Кал на я\г \_\_\_\_\_

Данные ЭКГ:

В покое \_\_\_\_\_

После нагрузки \_\_\_\_\_

Консультация кардиолога

(при изменениях на ЭКГ) \_\_\_\_\_

(нет, имеется какие?)

Группа здоровья (1,2,3) \_\_\_\_\_

Группа для занятия физкультурой (основная, подготовительная, специальная) \_\_\_\_\_

Подписи членов клинико-экспертной комиссии:

---

---

---

---

---

---

Подпись главного врача лечебно-

профилактического учреждения \_\_\_\_\_

место печати

**Заполняется врачом спортивной медицины (областной врачебно-физкультурный диспансер – ул. Татищева, дом 56 Б):**

занятия рукопашным боем, боксом, борьбой, верховой ездой, упражнениями с отягощениями (штанга, гири, гантели) и строевой подготовкой

\_\_\_\_\_ (разрешаются, противопоказаны).

Подпись врача спортивной медицины \_\_\_\_\_

Заключение врача педиатра ГАОУ АО «Казачий кадетский корпус имени атамана И.А. Бирюкова»: к обучению в казачьем кадетском образовательном учреждении противопоказаний \_\_\_\_\_

(нет, имеются)

Подпись врача \_\_\_\_\_