

Штамп медицинского учреждения

СПРАВКА

Выдана _____

(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

_____ /указать; допущен (а) по состоянию здоровья к оздоровительному плаванию в бассейне по группе А, по группе В/ _____

ПЕЧАТЬ ВРАЧА

Терапевт _____

Справка действительна до «__» _____ 20__ года Врач _____

(треугольная печать медицинского учреждения)
врача)

(подпись, печать

Если врачом не указан срок действия справки, то
медицинская виза ставится на 3 (три) месяца.

