|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |  | |
| (Название медицинского учреждения) | | |
| ШТАМП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ  **СПРАВКА** | | |
| Выдана |  |  | |  |
| в том, что он(она) прошел(а) медицинское обследование  и по состоянию здоровья, секцию **лёгкой атлетики** **посещать может.** | | |  | |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| М.п. (Фамилия врача) | | |