|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| (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) |