

ДОВІДКА

учня загальноосвітнього навчального закладу
про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Місце проживання, телефон _____
3. Дата народження _____
4. Стать ч ж
5. Найменування ЗНЗ КЗ «Долинська ЗШ І-ІІІ ступенів № 4 Долинської районної ради»
6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
7. Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма): _____
- Вага: _____ Зріст: _____
9. Група для занять фізичною культурою _____
група здоров'я _____
10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми від 3 до 17 років) _____
11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
12. Дата заповнення довідки « ____ » _____ 20 ____ року
13. Підпис лікаря, П.І.Б. _____

Місце печатки

МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД НА 20____-20____ Н.Р.

Психіатр _____

Невропатолог _____

Хірург _____

ЛОР _____

Окуліст _____

Дерматолог _____

Стоматолог _____

Педіатр _____

Зріст _____

Вага _____

АТ _____

П.Руфье _____