

СПРАВКА/НАПРАВЛЕНИЕ ОТ ВРАЧА
по основному заболеванию/состоянию ребёнка на участие в занятиях
адаптивной физической культурой в БФ «Семья вместе»

Фамилия, Имя ребёнка _____

Диагноз: _____

Состояние: _____

Физические ограничения (противопоказания): _____

Другая важная информация: _____

Рекомендуется: _____

Ф.И.О. врача _____

Специализация врача: _____

(заполнять обязательно)

Подпись и печать врача _____

Телефон учреждения _____