

*Угловой штамп  
медицинского  
учреждения*

*ОБРАЗЕЦ*

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Дана \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О., дата рождения)

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Медицинских противопоказаний для занятий в хореографической школе не имеет. Нагрузки разрешены.

Дата

Подпись врача, личная печать.

*Печать медицинского учреждения*