

Уровень профессионально-технического образования

Приложение 1

к постановлению

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

09.07.2010 №92

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Заключение Не имеется противопоказаний к обучению по специальности "Обслуживание и изготовление продукции в общественном питании" по квалификации "Повар", "Кондитер, пекарь", "Официант" Медицинская группа для занятий физической культурой
Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

МП.