Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 мая 2026 № 484н

(форма)

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
и адрес осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный номер
индивидуального предпринимателя)

Медицинское заключение
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (учебно-тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»

Реестровый номер медицинского заключения _____-_____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения _____
Реестровый номер лица (спортсмена) (при наличии)_____
Название мероприятия _____
Вид спорта _____ _____
Спортивная дисциплина _____
Этап спортивной подготовки (при наличии)_____
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования
ДОПУЩЕН
(указать необходимое)
к учебно-тренировочным мероприятиям _____
к участию в спортивных соревнованиях _____
к участию в физкультурных мероприятиях _____
к выполнению комплекса ГТО _____
Ограничения, в том числе физических нагрузок: (ДА/НЕТ)
Срок ограничения:_____
Описать ограничения:_____
Дата выдачи «_____»_____20_____г.
Медицинское заключение действительно до «_____»_____20_____г.
Должность лица, выдавшего заключение _____

_____/_____/
Подпись /фамилия, имя, отчество (при наличии)

Печать медицинской
организации
(при наличии)