

Приложение к приказу
Департамента здравоохранения от 06.02.96 № 65



Штамп медицинского учреждения

С П Р А В К А

Выдана _____
(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

_____ /указать: допущен (а) по состоянию здоровья к оздоровительному плаванию в бассейне по группе А, по группе В/

_____ /печать врача/

Анализ на энтеробиоз _____

Дерматолог _____

Терапевт _____

Справка действительна до "___" _____ 20__ года Врач _____

(треугольная печать медицинского учреждения)

(подпись, печать врача)

**Если врачом не указан срок действия справки,
то медицинская виза ставиться на 3 (Три) месяца.**