

Штамп ЛПУ

**Врачебное свидетельство о  
состоянии здоровья**

Выдан гражданину \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Врачом \_\_\_\_\_

В том что по результату медицинского освидетельствования,  
проведенного \_\_\_\_\_

(Дата, время)

**Отсутствуют/имеются противопоказания\***

для \_\_\_\_\_

(указывается характера работы осматриваемого, краткие сведения итогов

проведенного медицинского осмотра)

место печати

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача, подпись, личная печать)

\*Примечание: при наличии противопоказаний делается краткая запись: по причине заболеваний.