_____Наименование лечебно-физкультурного диспансера_____

СВОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ИГРОКОВ (ХОККЕИСТОВ) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УМО

УМО проведено «___»_____20__ года

Подлежало обследованию:
Обследовано:
Виды функциональной нагрузки обследования:
Врач команды: тел. моб.

№ п/п	ФИО игрока (хоккеиста)	Дата рождения	Группа здоровья	Диагноз по МКБ	Отклонения, выявленные при обследовании	Рекомендации по лечебно-профилактическим и реабилитационным мероприятиям	Оценка функционального состояния	Допуск к учебно-тренировочному процессу и соревновательной деятельности	Подпись и личная печать врача
1									
2									
3									
4									
…									

Статистика

Группа здоровья	**Кол-во**
Здоров	
болен	

Оценка функционального состояния	**Кол-во**
Отличное	
Удовлетворительное	
Не удовлетворительное	
Не определено	

Допуск	**Кол-во**
Допущен	
Не допущен по состоянию здоровья	
Не допущен по причине недообследования	

Дата выдачи заключения
«___»_____20__ г.

Председатель комиссии _____ _____
подпись Ф.И.О.

МП