

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

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого в организацию отдыха детей и их оздоровления

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка Иванов Иван Иванович

Дата рождения: « 14 » сентября 2010 г. Пол: муж. – 1, жен. – 2

Гражданство РФ

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации
г. Москва район _____

населенный пункт _____

улица Ленина дом 22 строение/корпус _____

квартира 4 тел. 8932.....2

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации
район _____

населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____

квартира _____ тел. _____

Сведения об образовательной организации: тип: гимназия № 4
класс 7

(наименование) _____

№ _____ группа _____ Класс _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы код по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ)

Дата « » _____ 20 г.

Ветряная оспа код по МКБ В01.9 Дата « 13 » сентября 2011 г.

О. аппендицит код по МКБ К35 Дата « 23 » июля 2013 г.

Проведенные профилактические прививки и результаты обследований, в том числе
в целях выявления туберкулеза _____

**согласно национальному календарю прививок, копия прививочного сертификата
прилагается**

Состояние здоровья:

Диагноз заболевания Здоров код по МКБ Z00

код по МКБ _____

код по МКБ _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия),
аллергические реакции: **аллергия на антибиотики пенициллинового ряда**

Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных
препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов
лечебного питания) **нет**

Рост **159**, масса тела **57,4** (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий
рост, высокий рост – нужное подчеркнуть)

Группа здоровья **1**

Медицинская группа для занятий физической культурой **основная**

Нуждаемость в условиях доступной среды: да – 1, **нет – 2**

Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период
пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления и (или) нуждающегося
в индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими,
интеллектуальными или сенсорными нарушениями **нет**

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями **в течение 21 дня
контакта с инфекционными больными не было (или справки)**

Осмотр на педикулез и чесотку **от 16.10.2025 г. - отр.**

Обследование на **гельминтозы** (энтеробиоз, **гименолепидоз**)
от 16.10.2025 г. - отр.

Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха
детей и их оздоровления

детский лагерь посещать разрешено

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача

Врач-педиатр Петров Петр Петрович

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской
организации

Сидоров Сергей Сергеевич

М.П. (при наличии)

« ___ » _____ 20 ___ г.