Приложение № 4

|  |
| --- |
| **Медицинская справка** **о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организациюотдыха детей и их оздоровления**  |
|  |
| 1. Фамилия, имя, отчество ребенка  |
|  |
|  |
| 2. Пол: муж., жен. | 3. Дата рождения  |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |
| 4. Место регистрации: субъект Российской Федерации  |  |
| район  |  | город  |  | населенный пункт  |  |
| улица  |  | дом  |  | квартира  |  | тел. |  |
| 5. N школы  |  | класс  |  |  |
| 6. Перенесенные детские инфекционные заболевания  |
|  |
|  |
|  |
| 7. Проведенные профилактические прививки  |  |
|  |
| 8. Состояние здоровья: |
| Диагноз заболевания  |  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |  |  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
| 9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для  |
| медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) |  |
|  |
| 10. Физическое развитие  |
|  |
|  |
| 11. Медицинская группа для занятий физической культурой  |  |
|  |
| 12. Нуждаемость в условиях доступной среды  |  |
|  |
|  |
| 13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления  |
|  |
| 14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями  |  |
|  |
| 15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления |
|  |  |
| 16. Добровольное информированное согласие родителей на введение иммуноглобулина противоклещевого при укусе клеща не привитым детям и на экстренную иммунопрофилактику. |
| 17. Фамилия, инициалы и подпись врача  |  |
|  |
|  |
| МП  |
|  |
| " |  | " |  | 20  |  | года  |