



г. Иваново, ул. Шевченко, 17  
Тел. 57-58-64, 8-920-351-44-42

## СПРАВКА

Выдана \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ года рождения в том, что он (она) прошёл медицинский осмотр и  
**допущен(а) к посещению бассейна в семейном акваклубе «АКУЛА».**

Справка действительна до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА:**

---

---

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА:**

---

---

**АНАЛИЗ НА ЭНТЕРОБИОЗ:** \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
М.П.  
лечебного учреждения



г. Иваново, ул. Шевченко, 17  
Тел. 57-58-64, 8-920-351-44-42

## СПРАВКА

Выдана \_\_\_\_\_  
(ФИО)

в том, что он (она) прошёл медицинский осмотр и  
**допущен(а) к посещению бассейна в  
семейном акваклубе «АКУЛА».**

Справка действительна до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА:**

---

---

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА:**

---

---

М.П.

лечебного учреждения