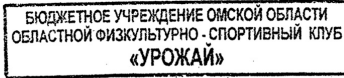


Штамп
учреждения



**Направление в поликлинику
на допуск к выполнению нормативов (тестов) комплекса ГТО**

Дано: _____
(Ф.И.О. полностью) (дата рождения)

1. Выполнение нормативов (тестов), комплекса ГТО

Директор

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.п.

линия обреза

Штамп
ЛПУ

**Медицинское заключение о допуске
к выполнению нормативов (тестов) комплекса ГТО**

(Ф.И.О.) (дата рождения)

К выполнению нормативов (тестов) комплекса ГТО:

(действителен 1 год)

Дата: _____

(подпись врача,
выдавшего заключения)