Приложение № 17  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

(в ред. Приказа Минздрава России  
от 09.01.2018 № 2н)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  | |
|  |  | Код организации по ОКПО | |  |
| Адрес |  |  | | |
|  |  | Медицинская документация | | |
|  |  | Учетная форма № 079/у | | |
|  |  | утверждена приказом Минздрава России | | |
|  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н | | |

**Медицинская справка  
о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию  
отдыха 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. № школы |  | класс |  |

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания

7. Проведенные профилактические прививки

8. Состояние здоровья:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Диагноз заболевания |  | код по МКБ-10 |  |
|  | | код по МКБ-10 |  |
|  | | код по МКБ-10 |  |
|  | | код по МКБ-10 |  |

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. Фамилия, инициалы и подпись врача

М.П.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | года |