Приложение 1

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о состоянии здоровья игрока (хоккеиста**)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информация о перенесённых заболеваниях и травмах, полученных за истекшие 30 суток:

Рекомендации по реабилитации:

По состоянию здоровья (по Банку медицинских данных Хоккейной лиги; результатов УМО; данных ЭМО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. спортсмена

**ДОПУЩЕН НЕ ДОПУЩЕН**

(ненужное зачеркнуть)

к тренировочной работе с повышенной нагрузкой на учебно-тренировочном сборе в период с «\_\_\_» по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года

Врач Хоккейного клуба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(личная подпись)

М.П. (врачебная печать)

Президент Хоккейного клуба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(личная подпись)

М.П. (печать хоккейного клуба)