Приложение № 11 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 г. № 274н

Наименование и адрес медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности) Основной государственный регистрационный номер (Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация Учетная форма № 079/у

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 г. № 274н

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого в организацию отдыха детей и их оздоровления

Фамилия, имя,	отчест	во (при н	аличии) ребен	ка				
Дата рождения: Гражданство	« <u> </u>	»	г. Пол: муж. – 1, жен. – 2					
Регистрация	ПО	месту	жительства	•		Российской	_	
улица								
квартира							1 2 _	
Регистрация	ПО	месту	пребывания	: cy(Российской	_	
улица								
квартира	тел.							
Сведения об обр	разова	тельной о	ррганизации: т	ип:		№ <u> </u>		
(наименование)								
№		группа		I	Класс _			
Перенесенные	заболе	вания, оп	ерации, травми	Ы		атистической к		ации
болезней и проб								
Дата «»		20) г.					
					Дата «_	»	20	Γ.
						»		
Проведенные п в целях выявлен	ірофил	іактическ	ие прививки	и резул	тьтаты	обследований,	в том ч	исле
Состояние здор								
Диагноз заболевания								
						код по МК		
						код по МК	СБ	

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции:
Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания)
Рост, масса тела (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужное подчеркнуть) Группа здоровья
Медицинская группа для занятий физической культурой
Нуждаемость в условиях доступной среды: да -1 , нет -2 Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления и (или) нуждающегося в индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями
Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями
Осмотр на педикулез и чесотку
Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз)
Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления
Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача
Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской организации
М.П. (при наличии) «» 20 г.