

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
(ПО МЕСТУ ТРЕБОВАНИЯ)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Проходил(ла) медицинский осмотр в поликлинике \_\_\_\_\_  
(Название и адрес)

\_\_\_\_\_ (Название и адрес)

При осмотре терапевтом установлено \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (Подпись)

**При осмотре установлено:**

**Острота ближнего зрения:** \_\_\_\_\_

**Цветовосприятие** \_\_\_\_\_

**Заключение:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окулист Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (Подпись)