

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
НА ШКОЛЬНИКА, ОТЪЕЗЖАЮЩЕГО В ЦЕНТР (ЛАГЕРЬ) «ГАНДВИГ»**

---

---

наименование учреждения \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма № 079/у.  
Утв. Минздравом СССР 04.10.80.  
№1030.

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

2. Домашний адрес \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

3. № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
№ поликлиники \_\_\_\_\_

4. Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Педикулез \_\_\_\_\_  
Чесотка \_\_\_\_\_

5. Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Флюорографическое обследование (для детей с 15-ти лет) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Физическое развитие: вес \_\_\_\_\_ рост \_\_\_\_\_

9. Физкультурная группа \_\_\_\_\_

10. Рекомендуемый режим \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

### ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ кала на энтеробиоз \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Анализ кала на контактные гельминтозы \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Анализ кала на кишечные простозоозы \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Анализ кала на я/г \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Посещение бассейна не противопоказано и разрешено « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Подпись: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (дата выдачи справки)

Подпись врача школы

или детской поликлиники \_\_\_\_\_

МП

**СПРАВКА ОБ ОТСУТСТВИИ КОНТАКТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ**  
(Проставляется за **3 дня до отъезда** в СЭС по месту жительства либо в инфекционном кабинете поликлиники и **заверяется печатью**)

Выдана в том, что на протяжении последних 21 дня до дня выдачи по месту жительства и месту учебы реципиента случаев инфекционных заболеваний и возможных контактов с носителями:

\_\_\_\_\_ (не наблюдалось / наблюдалось)

\_\_\_\_\_ (название, адрес и телефон районного лечебно-профилактического учреждения)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ЦЕНТРА (подлежит возвращению в школу по месту учебы)

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в центре (лагере)

\_\_\_\_\_ Контакт с инфекционными больными \_\_\_\_\_

Эффективность оздоровления: \_\_\_\_\_

Общее состояние \_\_\_\_\_

Вес при поступлении \_\_\_\_\_ при отъезде \_\_\_\_\_

Динамометрия \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата \_\_\_\_\_