

СПИСОК

спортсменов _____,

название и № телефона спортивной организации, учреждения
подлежащих углубленному медицинскому обследованию (УМО) в 20 _____ году. Виду спорта _____

Дата УМО плановая _____ ФИО, № телефона тренера _____

№ п/п	Время прихода в диспансер	№ кабинета врача	ФИО спортсмена	Дата рождения (день, месяц, год)	СНИЛС	Этап спортивной подготовки/ уровень программы дополнительного образования	Дата фактического прохождения УМО	Дата следующего прохождения УМО	Медицинское заключение	Рекомендации
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										

ФИО и подпись руководителя спортивной организации _____

Дата _____

(печать спортивной организации)

ФИО и подпись врача-куратора _____