

Уровень среднего специального образования

Приложение 1

к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
21.08.2025 № 87

Наименование организации

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований,
сведения о прививках и прочее) _____

Заключение Не имеется противопоказаний к обучению по специальности "Производство
продукции и организация общественного питания" по квалификации "Техник-технолог",
"Повар", "Официант"

Медицинская группа для занятия физической _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии) _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

МП.