

ЛИСТОК
обязательного медицинского ежегодного профилактического осмотра
за _____ учебный год

студент _____

дата рождения _____ возраст _____ адрес _____

_____ техникум _____ группа _____

Рост _____ Оценка развития _____

Вес _____

Острота зрения _____

Острота слуха _____

Плантография _____

Проба Руфье _____

Группа занятий по физкультуре:
(подчеркнуть)

основная
подготовительная
специальная (заключения ВКК)

Дата _____

ЛИСТОК
обязательного медицинского ежегодного профилактического осмотра
за _____ учебный год

студент _____

дата рождения _____ возраст _____ адрес _____

_____ техникум _____ группа _____

Рост _____ Оценка развития _____

Вес _____

Острота зрения _____

Острота слуха _____

Плантография _____

Проба Руфье _____

Группа занятий по физкультуре:
(подчеркнуть)

основная
подготовительная
специальная (заключения ВКК)

Дата _____

	Специалист	Заключение	Подпись
	Педиатр		
	Травматолог-хирург (андрологический осмотр мальчиков)		
	Невролог		
	Окулист		
	ЛОР		
	Логопед		
	Эндокринолог		
	Гинеколог (девочки)		
	Стоматолог		

	Специалист	Заключение	Подпись
	Педиатр		
	Травматолог-хирург (андрологический осмотр мальчиков)		
	Невролог		
	Окулист		
	ЛОР		
	Логопед		
	Эндокринолог		
	Гинеколог (девочки)		
	Стоматолог		