**Уважаемые родители и студенты!**

В целях соблюдения установленного порядка проведения занятий по физической культуре, создания безопасных условий для обучающихся в соответствии с установленными нормами, обеспечивающими жизнь и здоровье обучающихся, привлечении студентов к участию в различных физкультурных и спортивных мероприятиях, обеспечения охраны здоровья и безопасности обучающихся, **всем студентам** колледжа необходимо предоставить **документы, подтверждающие прохождение медицинского осмотра (справка, медицинское заключение)** с указанием установленной группы здоровья и описанием ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой при их наличии.

Правовым основанием требования медицинской справки (заключения) являются:

1. Федеральныйзакон от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «Офизическойкультуреи спорте в Российской Федерации», статья 39;
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – приказ Минздрава) от 23 октября 2020 г. N 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях».
3. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».

Каждый студент должен **САМОСТОЯТЕЛЬНО** получить в своей поликлинике заключение о **ДОПУСКЕ** или **НЕ ДОПУСКЕ** к занятиям, установленных **ОГРАНИЧЕНИЯХ**, в том числе физических нагрузках.

Для **совершеннолетних** выдается медицинское заключение о допуске либо о наличии медицинских противопоказаний к занятиям физической культурой, массовым спортом, к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе спортивной подготовки, выполнению нормативов комплекса ГТО.

Для **несовершеннолетних** с установленной первой или второй группой здоровья выдается Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой (Приложение N 4 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н).

Для всех **лиц, с установленной третьей и четвертой группой здоровья (подготовительной, специальной А, специальной Б)**, требуется дополнительно осмотр врача по спортивной медицине и проведение дополнительных клинико-лабораторных и функционально-диагностических методов обследования, на основании которых врачом по спортивной медицине выдается Медицинское заключение о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях, мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2020 г. N 1144н)

Медицинское заключение оформляется **в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения по полису ОМС (бесплатно)** на основании результатов диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, а также углубленного медицинского осмотра (для лиц, занимающимся спортом). Результаты диспансеризации или профилактического медицинского осмотра годны в течение 1 года со дня его прохождения. Срок действия медицинского заключения - 1 год со дня выдачи.

**Срок предоставления справок, медицинских заключений - до 01.09.2022 года**

**Формы медицинских заключений**

Приложение N 4  
к [Порядку](http://ivo.garant.ru/#/document/71748018/entry/1000) проведения  
профилактических медицинских  
осмотров несовершеннолетних,  
утвержденному [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/71748018/entry/0) Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 10 августа 2017 г. N 514н

Форма

**Медицинское заключение**

**о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе**

**для занятий физической культурой**

Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже,

дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической

культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в

соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой

(ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в соответствии с [приложением N 3](http://ivo.garant.ru/#/document/71748018/entry/13000) к Порядку проведения

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение N 2  
к [приказу](http://ivo.garant.ru/#/document/74998631/entry/0) Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

Название медицинской организации, штамп

Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение**

**о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях**

**(тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях),**

**мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов)**

**Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса**

**"Готов к труду и обороне" (ГТО)"**

Реестровый номер заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи, название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название мероприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спортивная дисциплина (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этап спортивной подготовки (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского

обследования

ДОПУЩЕН

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к тренировочным мероприятиям

- к участию в спортивных соревнованиях

- к участию в физкультурных мероприятиях

- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)

Описать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи медицинского заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинское заключение действительно до (указать дату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации