

Информация о необходимости прохождения поступающими обязательного предварительного медицинского осмотра

При поступлении на обучение по специальностям:

- **Дошкольное образование - 44.02.01;**
- **Преподавание в начальных классах - 44.02.02,**
- **Физическая культура-49.02.01**

поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности.

**Абитуриенту 2020 года для поступления в Государственное
бюджетное профессиональное образовательное учреждение**

«Светлоградский педагогический колледж»

по специальностям 44.02.01 Дошкольное образование

44.02.02 Преподавание в начальных классах

49.02.01 Физическая культура

необходимо предоставить справку Форма №0-86/у.

Для этого необходимо пройти следующих специалистов:

1. Врач-терапевт,
2. Врач-хирург,
3. Врач-невролог,
4. Врач-оториноларинголог,
5. Врач-офтальмолог,

Также необходимы:

1. Данные флюорографии
2. Данные лабораторных исследований
3. Предохранительные прививки
4. Врачебное заключение о профессиональной пригодности

В случае если у поступающего имеются медицинские противопоказания, установленные приказом Минздравсоцразвития России, колледж информирует его о связанных с указанными противопоказаниями последствиях в период обучения в образовательной организации и последующей профессиональной деятельности.

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация _____

Учетная форма № 086/у _____

Адрес _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

3. Место регистрации:
субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____

населенный пункт _____

улица _____ дом _____

квартира _____

4. Место учебы, работы _____

5. Перенесенные заболевания _____

6. Профилактические прививки _____

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт _____

Врач-хирург _____

Врач-невролог _____

Врач-оториноларинголог _____

Врач-офтальмолог _____

Данные флюорографии _____

Данные лабораторных исследований _____

8. Заключение о профессиональной пригодности _____

Дата выдачи справки:

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку _____

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____

М. П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.