

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. № 274н

**Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого
в организацию отдыха детей и их оздоровления**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения: «___» _____ г. Пол: муж. – 1, жен. – 2

Гражданство _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации
_____ район _____

_____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____

квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации
_____ район _____

_____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____

квартира _____ тел. _____

Сведения об образовательной организации: тип: _____ № _____
класс _____

(наименование) _____

№ _____ группа _____ Класс _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы
_____ код по Международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) _____

Дата «___» _____ 20___ г.

_____ код по МКБ _____ Дата «___» _____ 20___ г.

_____ код по МКБ _____ Дата «___» _____ 20___ г.

Проведенные профилактические прививки и результаты обследований, в том числе
в целях выявления туберкулеза _____

Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия),
аллергические реакции: _____

Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных
препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов
лечебного питания) _____

Рост _____, масса тела _____ (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий
рост, высокий рост – нужное подчеркнуть)

Группа здоровья _____

Медицинская группа для занятий физической культурой _____

Нуждаемость в условиях доступной среды: да – 1, нет – 2

Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период
пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления и (или) нуждающегося
в индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими,
интеллектуальными или сенсорными нарушениями _____

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз)

Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха
детей и их оздоровления _____

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской
организации

М.П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.