

П О О Щ Р Е Н И Я

Дата	Характер поощрения	Подпись директора:
Дата и год обучения	Краткая педагогическая характеристика	Подпись преподавателя:

ПРОХОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Год обучения										
Полугодие	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Дата, подпись врача										
Год обучения										
Полугодие	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Дата, подпись врача										



АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА
Департамент по спорту и молодежной политике
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА ОЛИМПИЙСКОГО
РЕЗЕРВА №12 ПО СПОРТИВНОМУ ОРИЕНТИРОВАНИЮ»

603146 г. Нижний Новгород, ул.Юбилейная, д35 тел./факс(831)417-02-64; e-mail: sportshkola12@yandex.ru

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА № _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

