

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.