

В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по спортивному туризму
в дисциплине «северная ходьба» 26.07.2026 г.

От ООО "МАШСТРОЙКОМПЛЕКТ"
454030, г. Челябинск, ул. Профессора Благих, д.85, оф. 36
8-922-712-30-61 viner1967@mail.ru
<https://grader24.ru/>

название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду **СТИХИЯ** в следующем составе:
(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИВНЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧАНИЕ
1.	Васильева Марина Анатольевна	16.07.1984	б/р		
2.	Волкова Ирина Викторовна	02.06.1969	б/р		
3.	Кучина Наталья Владимировна	05.07.1980	б/р		
4.	Гайдук Станислав Вячеславович	24.04.1962	б/р		
5.	Кривошеков Сергей Владимирович	26.08.1970	б/р		
6.	Отто Константин Максимович	10.04.2003	МС		
7.	Гаврикова Кристина Андреевна	20.10.1987	б/р		
8.	Григорьев Михаил Александрович	28.04.1961	б/р		
9.	Кулешова Татьяна Радулевна	12.08.1956	б/р		

Всего допущено к соревнованиям 9 (девять) человек.

Не допущено к соревнованиям _____ человек, в том числе

М.П. Врач /

Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача

Представитель команды: Кучина Наталья Владимировна, Челябинск, +79124703700

ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель Директор ООО «Машстройкомплект»

/Помешкин А.А./

М.П.

название командирующей организации

подпись руководителя

расшифровка подписи



Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения 5/4
Фамилия Кравченко
Имя Сергей
Отчество (при наличии) Владимирович
Дата рождения 26.08.1970
Реестровый номер лица (спортсмена) 8/4
Дата выдачи, название выдавшего органа 18.07.2026
Название мероприятия: соревнования
Вид спорта: спортивная туризм / Северный

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: Допущен не установлен
10000 м (10 км) ЖТ-н, 48,5

Дата выдачи медицинского заключения 18.07.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 18.07.2027

Ответственное лицо медицинской организации Кравченко

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации





Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

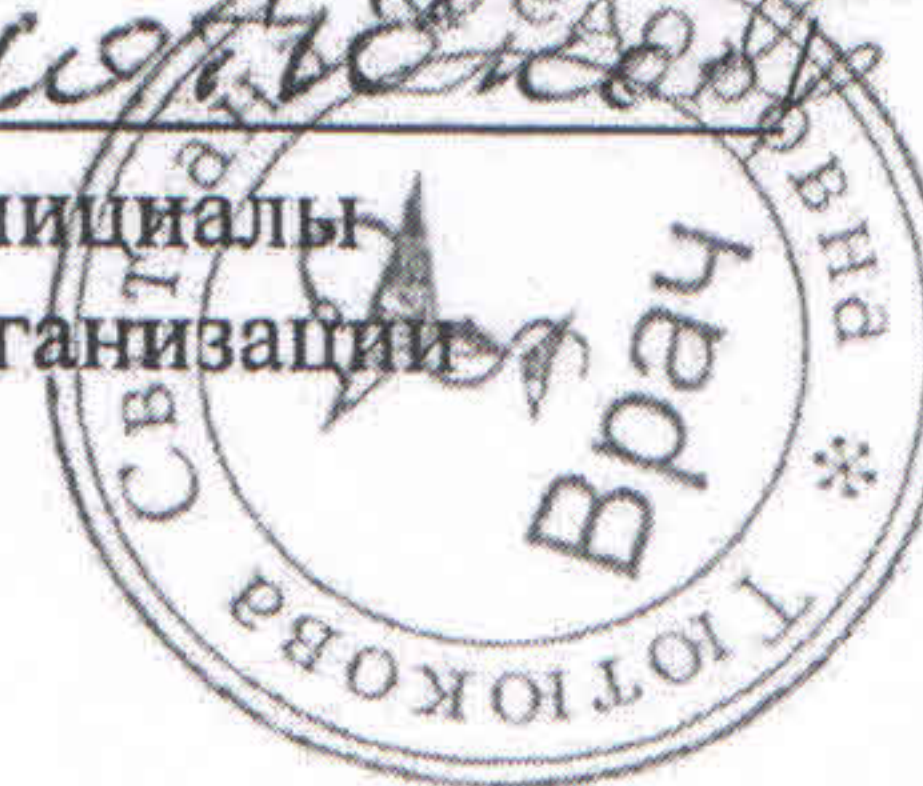
Реестровый номер заключения 8/ч
Фамилия Васильев
Имя Мария
Отчество (при наличии) Александровна
Дата рождения 16.07.1984
Реестровый номер лица (спортсмена) 8/ч
Дата выдачи, название выдавшего органа 14.07.2026
Название мероприятия: соревнования
Вид спорта: бег, велоспорт, лыжные гонки, спорт. туризм
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования
ДОПУЩЕН
комиссией (вычеркнуть лишнее) (себерская карьера)
- 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: Допущен к участию по бегу 25000м (15 км), велоспорту 40000м (10 км), лыжным гонкам 35000м (35 км), спорту туризм (северная карьера) 10000м (10 км)
Дата выдачи медицинского заключения 14.07.2026
Медицинское заключение действительно до (указать дату) 14.07.2027
Ответственное лицо медицинской организации И. И. Васильев

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации





Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

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 Кучина
Имя Наталья
Отчество (при наличии) Владимировна
Дата рождения 05.07.1980
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа _____
Название мероприятия _____
Вид спорта (при наличии) спортивный туризм
Спортивная дисциплина (при наличии) северная ходьба
Этап спортивной подготовки (при наличии) дистанция 10 км
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к тренировочным мероприятиям

- к участию в спортивных соревнованиях

- к участию в Физкультурных мероприятиях

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

Дата выдачи медицинского заключения 09.07.2026
Медицинское заключение действительно до (указать дату) 09.12.2026
Ответственное лицо медицинской организации Лобканова О.П. /
Подпись Лобканова О.П.
Печать медицинской организации



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 а 3688

Фамилия ОТТО
Имя Константин
Отчество (при наличии) Максимович
Дата рождения 10.04.2003
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____
Дата выдачи 24.07.2026 Название выдавшего органа: ГБУЗ «ЧОВФД»
Название мероприятия _____
Вид спорта (при наличии) спортивный туризм
Спортивная дисциплина (при наличии) совершая прыжки на высоте
Этап спортивной подготовки (при наличии) не менее 7 км

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 24.07.2026
Медицинское заключение действительно до (указать дату) 30.12.2026

Ответственное лицо медицинской организации



Подпись

Фамилия, инициалы

Широков ЕА

М.П.



Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения 5/4
Фамилия Табеев
Имя Владимир
Отчество (при наличии) Владимирович
Дата рождения 24.04.1962
Реестровый номер лица (спортсмена) 5/4
Дата выдачи, название выдавшего органа 25.07.2026
Название мероприятия: Соревнования
Вид спорта: спортивная гимнастика
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: Физический; ИКТ-н;

Дата выдачи медицинского заключения 25.07.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 25.01.2027

Ответственное лицо медицинской организации Табеев

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации





Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения - 5/14
Фамилия Габриков
Имя Кристина
Отчество (при наличии) Андреевна
Дата рождения 20.10.1987
Реестровый номер лица (спортсмена) 5/14
Дата выдачи, название выдавшего органа 24.07.2026
Название мероприятия: соревнования
Вид спорта: спортивный туризм; северная
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования хорошо

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: Допущен не смешанным
10000 (10 км) 2кг - 1
1р 3х 11

Дата выдачи медицинского заключения 24.07.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 24.07.2027

Ответственное лицо медицинской организации И. П. Потоцкий

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации



В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по северной
ходьбе 26.07.2026 г.

ОТ

п. Вязового
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду 1 в следующем составе:

(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИ ВНЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧА НИЕ
1.	Макаров Алексей Николаевич	22.08. 1954			
2.					
3.					
4.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям _____ человек,
в том числе _____

М.П. Врач /

Представитель команды Макаров Алексей Николаевич

Печать медицинского учреждения

подпись врача

расшифровка подписи врача

ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель

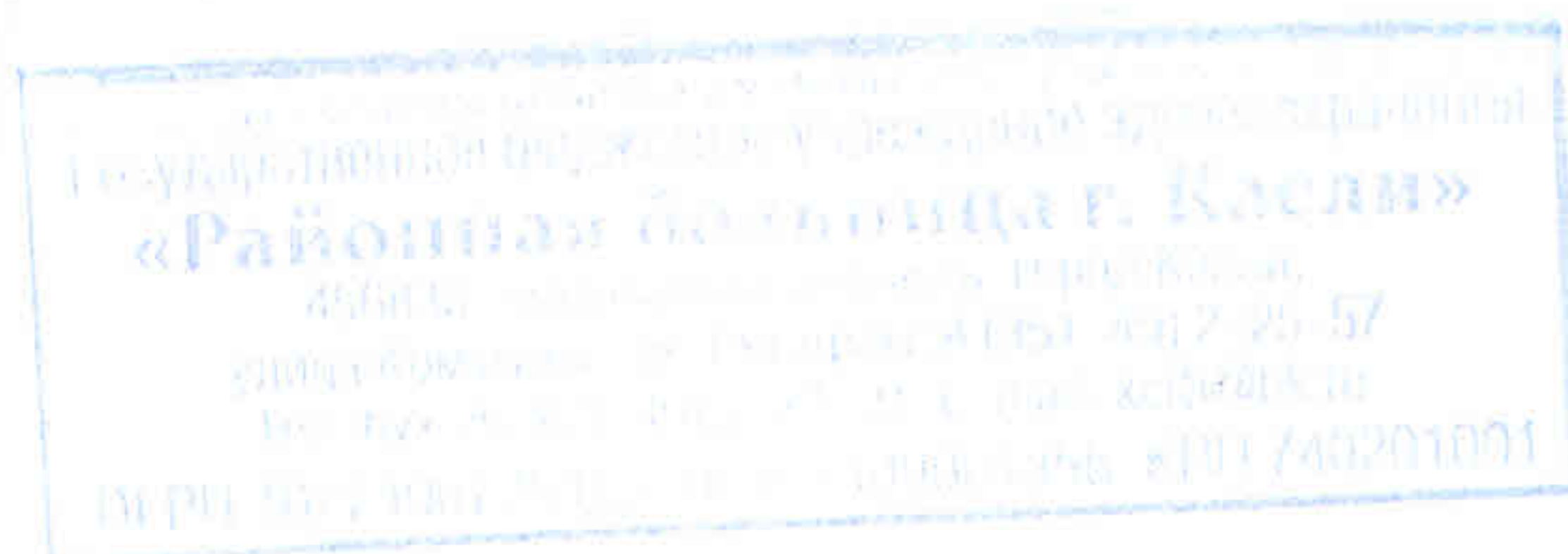
Гуржонюк С.П.

М.П.

название командирующей организации подпись руководителя

расшифровка подписи





Приложение N 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 23
октября 2020 г. N 1144н

(форма)

ГБУЗ «Районная больница г. Касли

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации +7(35149)22503, электронная почта e-mail) kcrb@bk.ru

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения _____
Фамилия Макаров
Имя Александр
Отчество (при наличии) Николаевич
Дата рождения 22.08.1954г.
Реестровый номер лица (спортсмена) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа ГБУЗ «Районная больница г. Касли 25.05.2026г.

Вид спорта: легкая атлетика, спортивный туризм (северная ходьба)
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: диетамин до 10 кг

Дата выдачи медицинского заключения: 25.05.2026г.

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг): 25.05.2027г.

Ответственное лицо медицинской организации Захарова В.В.

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации



Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Районная больница
с.Октябрьское"
457170, Челябинская область,
Октябрьский район, с.Октябрьское,
ул. Ленина, 50
тел/факс: 8 (35150) 5 - 15 - 72

В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по северной ходьбе
26.07.2026 г.
от Управления по ФКС и С Октябрьского муниципального округа
с.Октябрьское, ул. Ленина, д.43, sport-molod@mail.ru

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду Октябрьского
муниципального округа Челябинской области в следующем составе:

№ п/ п	Ф.И.О. участника	год рождения	Спортивное звание	Медицинск ий допуск	Примечание
1	Голубицкий Александр Иванович	07.05.196 2	б/р	допущен	

Всего допущено к соревнованиям 1 человек

Врач 

Представитель команды:  Александр Иванович Голубицкий 89514490111

Руководитель :Начальник Управления по физической культуре и спорту



 В. Н. Молчан 89511135743

Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Районная больница
с. Октябрьское"
457170, Челябинская область,
Октябрьский район, с. Октябрьское,
ул. Ленина, 50
тел/факс: 8 (35158) 5 - 15 - 72

Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения _____

Фамилия Полубицкий

Имя Александр

Отчество (при наличии) Иванович

Дата рождения 04.05.1962

Реестровый номер лица (спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа 26.05.2026г.

Название мероприятия: Парашютный парашютный спорт, 21 км.

Вид спорта: спортивный туризм скалолазание, 15 км.

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: _____

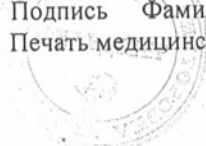
Дата выдачи медицинского заключения 26.05.2026г.

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 26.05.26г. - 25.05.24г.

Ответственное лицо медицинской организации Александр С.В.

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации



В главную судейскую коллегию

Кубка Челябинской области по северной
ходьбе 26.07.2026 г.

от Муниципального бюджетного учреждения
«Центр физкультурно- спортивного движения»
города Магнитогорска

г. Магнитогорск, пр. К.Маркса,164/3

тел. 8-3519-34-23-67

e-mail: centr.fsd@mail.ru

сайт: <https://centrfsd.ru/>

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду «Команда Мечты Мгн» в
следующем составе:

№	Фамилия Имя Отчество участника	Дата рождения	Спортивный разряд	Медицинский допуск	Примечание
1	Котенко Ирина Валерьевна	21.06.1977	5/р	справка	
2	Кирсанова Оксана Владимировна	09.09.1987	5/р	справка	
3	Семенцева Светлана Васильевна	29.08.1976	5/р	справка	

Всего допущено к соревнованиям 3 человек.

Представитель команды: Ауц Валентина Александровна, г. Магнитогорск, ул.
Завенягина 1 — 417, +79068713804, Polig01@inbox.ru.

Руководитель МБУ «ЦФСД» г. Магнитогорска _____



М.П.

 / Савина А.А.

Название медицинской организации
штамп, телефон, электронная почта
Автономная некоммерческая организация
«Центральная клиническая медико-санитарная часть»
г. Магнитогорск, ул. Кирова, 99
тел.: 8 (3519) 24-32-75

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23.10.2020 г. № 1144н
(форма)

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 Котелько Ирина
Имя Викторовна
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения 21.06.1987
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа _____
Название мероприятия Бег до 1000 м: Спартакиада
Вид спорта (при наличии) бег до 20 км
Спортивная дисциплина (при наличии) бег до 50 км
Этап спортивной подготовки (при наличии) бег до 50 км
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования муризм

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: Гр. 38.4

Дата выдачи медицинского заключения 18.05.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 18.05.27

Ответственное лицо медицинской организации Котелько

Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации

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)

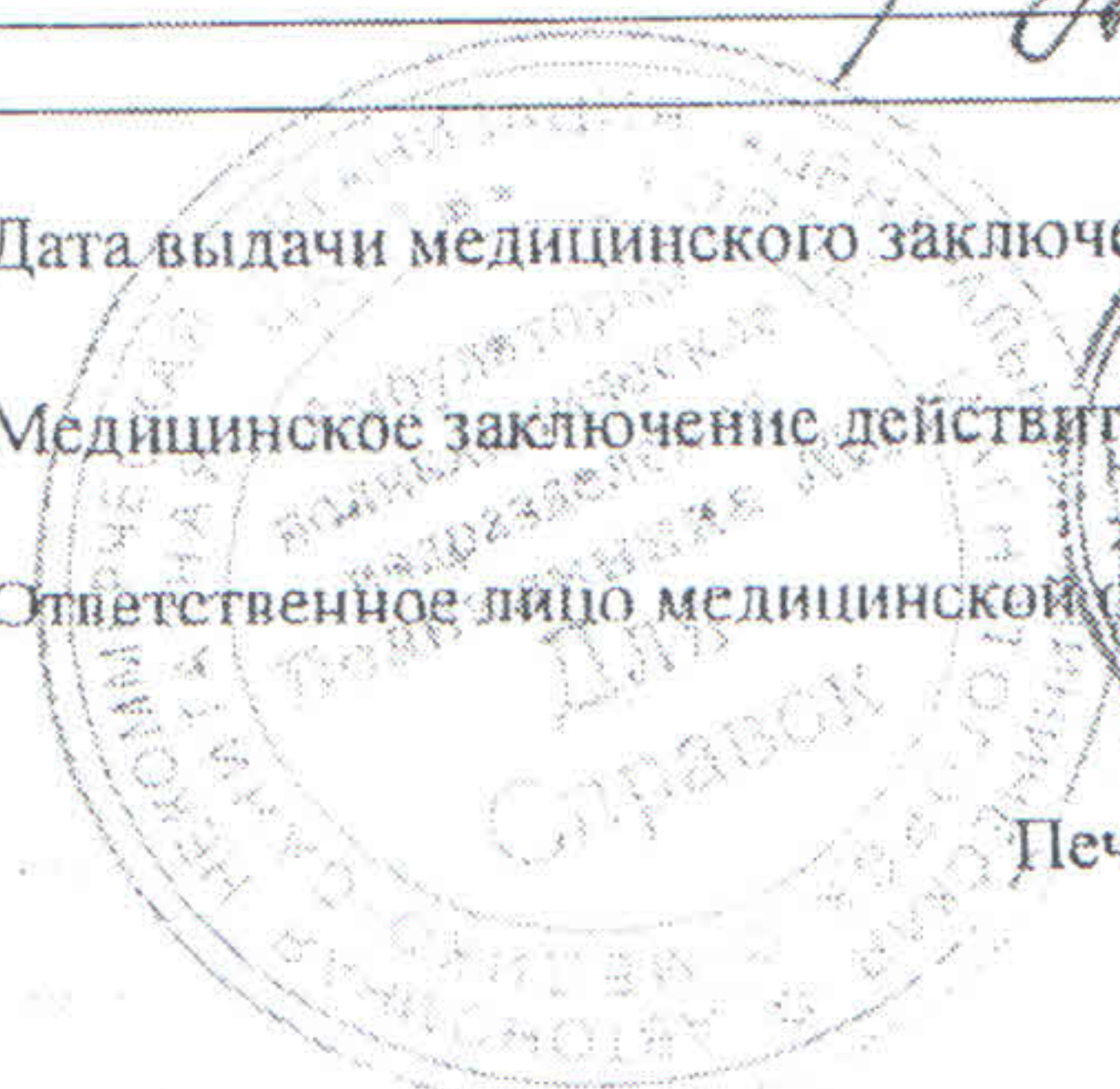
Описать: _____

Дата выдачи медицинского заключения _____

Медицинское заключение действительно до (указать дату) _____

Ответственное лицо медицинской организации _____

Печать медицинской организации



Подпись _____
Фамилия, инициалы

Название медицинской организации,
штамп, телефон, электронная почта

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23.10.2020 г. № 1144н
(форма)

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 Семеничева

Имя Светлана

Отчество (при наличии) Васильевна

Дата рождения 29.08.1976

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа 15.04.2026 АНО ЦКМСЧ

Название мероприятия спортивные турниры, студенческая жеребья

Вид спорта (при наличии) северная ходьба ЮММ

Спортивная дисциплина (при наличии) _____

Этап спортивной подготовки (при наличии) _____

По результатам медицинского осмотра, углублённого 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: II группа здоровья

Дата выдачи медицинского заключения 15.04.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 15.04.2027

Ответственное лицо медицинской организации

Полтавец Д. М.

Фамилия, инициалы



Печать медицинской организации

В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по спортивному
туризму в дисциплине «северная ходьба»
26.07.2026 г.

от ДБФ ДО «ШОР Вертикаль»
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт
г. Миасс, ул. Чекимова, 8
т. 335113240500

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду _____ в следующем составе:
(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИВНЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧАНИЕ
1.	<u>Любимова Надежда Ивановна</u>	<u>23.09.56</u>	<u>6/р</u>	<u>допущен</u>	
2.					
3.					
4.					
5.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям _____ человек, в том числе _____

М.П. Врач /

Представитель команды Любимова Надежда Ивановна
Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача
г. Миасс, ул. Зр. Добровольцев, 23 кв. 25
ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель Любимова Надежда Ивановна / Иванов /
М.П. название командирующей организации подпись руководителя расшифровка подписи

Федеральное государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Медико-санитарная часть № 92
Федерального
медико-биологического агентства»
г. Миасс, пр. Макеева, 21а

Штамп: Название медицинской организации, телефон, электронная почта

Приложение №2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 23 октября 2020 г. №1144н

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 17

Фамилия	Любимова
Имя	Надежда
Отчество (при наличии)	Ивановна
Дата рождения	23.02.1956
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена)	-
Название мероприятия	-
Вид спорта (при наличии)	Северная ходьба
Спортивная дистанция (при наличии)	
Этап спортивной подготовки (при наличии)	-

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования
ДОПУЩЕН

К тренировочным мероприятиям	да
К участию в спортивных соревнованиях	да
К участию в физкультурных мероприятиях	да
К выполнению нормативов испытаний (тестов) ГТО	да
Ограничения к физическим нагрузкам	нет
Сроки ограничений	нет
Дата выдачи медицинского заключения	21.07.2026
Медицинское заключение действительно на	12 (двенадцать) месяцев

Ответственное лицо
медицинской организации



В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по спортивному
туризму в дисциплине «северная ходьба»
26.07.2026 г.

от

Муллагалеев М.Н.
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду 2. Миасс в следующем составе:
(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИВНЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧАНИЕ
1.	Муллагалеев Марат Нурсламович	14.11. 1967г.	—	Допущен	
2.					
3.					
4.					
5.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям 1 человек, в том числе по спортивному туризму, дисциплина - северная ходьба

М.П.

Врач /

Печать медицинского учреждения

подпись врача

расшифровка подписи врача

Представитель команды

Муллагалеев Марат Нурсламович

ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель

Васильев В.В.

М.П.

название командирующей организации подпись руководителя расшифровка подписи



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Врачебно-физкультурный диспансер г. Миасс»

Почтовый адрес: 456317, г. Миасс, ул. 8 Марта, № 177, телефоны 57-30-28, 55-01-29, эл. почта mbpufvd@mail.ru

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-оздоровительного комплекса
«Готов к труду и обороне» (ГТО)

Реестровый номер заключения _____

Фамилия Мурзагадиев

Имя Марат

Отчество (при наличии) Нурисламович

Дата рождения 11.11.1967 г.р.

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа 1533 ВФД г. Миасс 03.06.2026

Название мероприятия учебно-тренировочный и соревновательный

Вид спорта (при наличии) школа олимпийского резерва

Спортивная дисциплина (при наличии) открытой воде (5 км), велосипедный спорт

Этап спортивной подготовки (при наличии) тренировочный, спортивный

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования
допущен к участию в соревнованиях ГТО
комиссией (вычеркнуть лишнее)
физкультурно-спортивной
медицины

- 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 03.06.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 03.09.2026

Ответственное лицо медицинской организации Д-р, Нурисламович А.В.

Подпись

Фамилия, инициалы

МП



В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по спортивному туризму
в дисциплине « северная ходьба»
26.07.2026
от МОУ « Парижская СОШ»
Челябинская область Нагайбакский район с.Париж ул Гагарина,21
83515759320
parismou@yandex.ru

ЗАЯВКА
на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду МОУ « Парижская СОШ» в следующем составе:

№пп	Фамилия, Имя, Отчество	Дата рождения	Спортивный разряд	Медицинский допуск	Примечание
1	Егоров Василий Иванович	23.02.1962	Б/р	Допущен	
2	Маметьев Валерий Алексеевич	01.05.1953	Б/р	Допущен	

Всего допущено к соревнованиям 2 человек. Не допущено к соревнованиям _____ человек в том числе _____

М.П. Врач

Представитель команды

Руководитель



Фатрсева Т.А.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ
НАГАЙБАКСКИЙ РАЙОН
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Районная больница с. Фершампенуаз»

Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения
Фамилия :Маметьев
Имя :_Валерий
Отчество :Алексеевич
Дата рождения -01.05.1953г

Реестровый номер лица (спортсмена)
Дата выдачи, название выдавшего органа 22.07.2026г

Название мероприятия: Областные соревнования по скандинавской ходьбе
группа здоровья :2 гр.здоровья
Вид спорта: Скандинавская ходьба (6.4 км)
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- к участию в физкультурных мероприятий
- к участию в спортивных соревнованиях
- к выполнению нормативов испытаний(тестов) комплекса ГТО

Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: НЕТ

Дата выдачи медицинского заключения -22.07.2026г

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) -22.07.2027г

Ответственное лицо медицинской организации /_Сафронова А.К

Подпись Фамилия, инициалы
Печать медицинской организации



МУЗ «Нагайбакская ЦРБ»
Центр врача общей
практики в с.Париж

Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Регистровый номер заключения _____

Фамилия Егорев

Имя Иванов

Отчество (при наличии) Иванович

Дата рождения 23.02.1962

Регистровый номер лица (спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа 21.07.2026 ВЗОР Париж

Название мероприятия: спортивные турниры

Вид спорта: **хоккей**

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

сконструированная
коробка, при наличии
12 км

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

Описать: _____

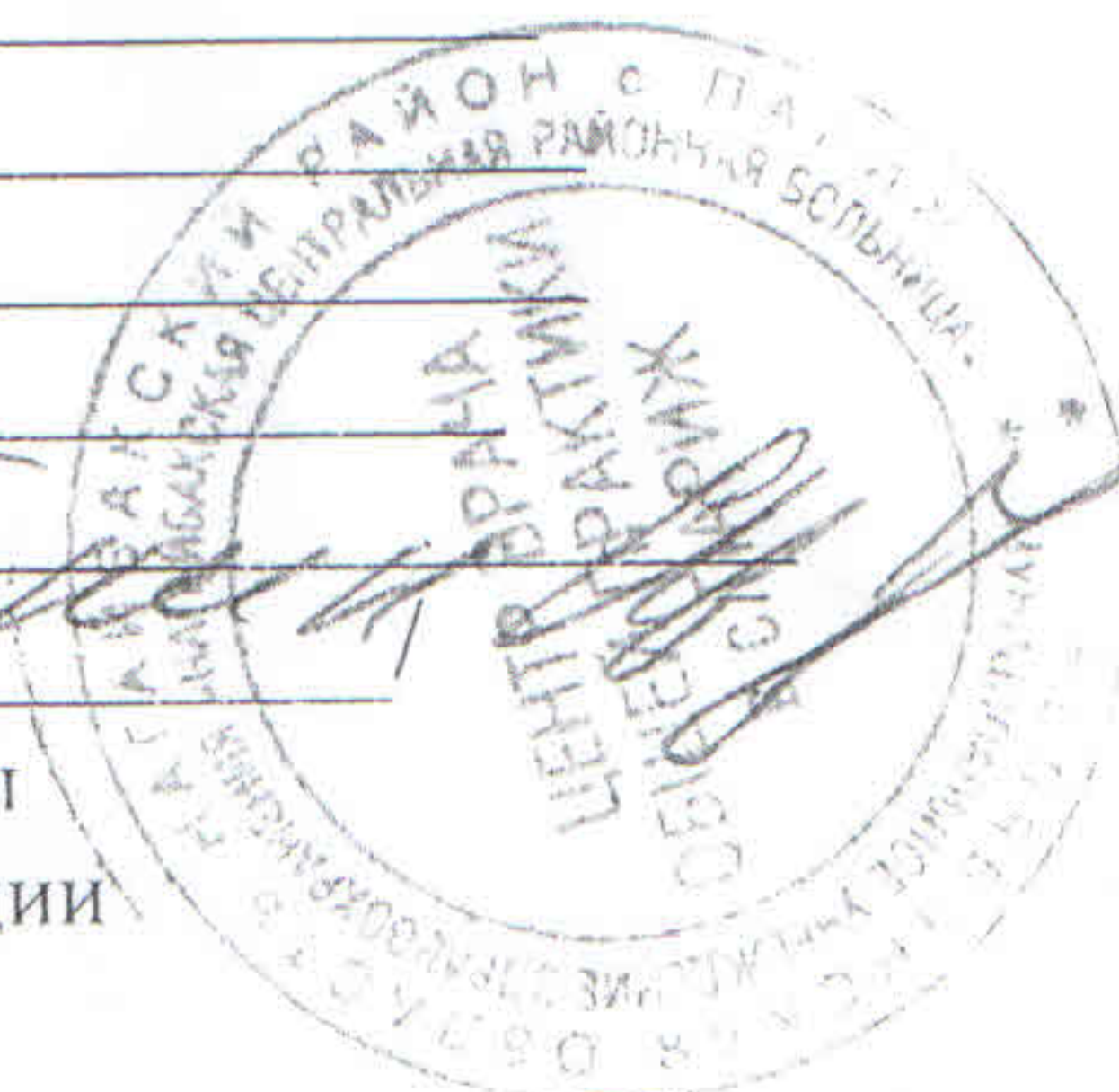
Дата выдачи медицинского заключения _____

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг)

Ответственное лицо медицинской организации _____

Подпись _____

Печать медицинской организации



РОССИЯ



ТРОИЦК

Челябинская область

**МБУ «Центр по физической культуре, спорту и туризму
администрации города Троицка».**

в главную судейскую коллегию Кубка Челябинской области по
северной ходьбе 26.07.2026г.

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду

Троицкого городского округа в следующем составе:

№ п/п	Ф.И.О. участника	Дата рождения	Спортивный разряд	Медицинский допуск	Примечание
1	Тимошенко Наталья Александровна	19.12.1975г.	без разряда	<i>Допущен</i>	

Всего допущено к соревнованиям один человек.

(прописью)

Врач _____

(ФИО)

(подпись)

(М.П. медицинского учреждения)



Руководитель организации _____

Кузнецов Дмитрий Анатольевич

(подпись. Ф.И.О.)

Ф.И.О. исполнителя (полностью) Гень Татьяна Александровна

Контактный телефон, E-mail: 8(35163) 2-13-19, sport74gto@list.ru sport74@list.ru

ООО «ОРХИДЕЯ»
ЧЕЛЯБ. ОБЛ. Г. ТРОИЦК УЛ. ЛЕНИНА, 84
ОКПО 31203292 ОГРН 1147424001273
ЛИЦЕНЗИЯ №ЛО 41-01024-74/0323928
ОТ 30.10.2020 Г,
ВЫД. МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ
ТЕЛ. + 7 - 35163 - 5 - 80 - 10

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н
(форма)

Название медицинской организации: МЦ «Новая Орхидея»

Телефон медицинской организации

Электронная почта (e-mail)

Штамп медицинской организации

**Медицинское заключение
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях
(тренировочных и спортивных соревнованиях),**

Реестровый номер заключения: 211/2026

Фамилия Тимошенко

Имя Наталья

Отчество (при наличии) Александровна

Дата рождения 19.12.1975г.

Реестровый номер лица (спортсмена)

Дата выдачи, название выдавшего органа 15.04.2026г. ООО МЦ «Новая орхидея»

Название мероприятия:

Вид спорта: Спортивный туризм

Спортивная дисциплина (при наличии): Северная ходьба

Этап спортивной подготовки (при наличии) дистанция 10 км

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 15.07.2026г.

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 15.01.2027г.

Ответственное лицо медицинской организации

/Луценко А.И./

Подпись

Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации



В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по северной
ходьбе 26.07.2026 г.

от МГОО «Федерация спорт.

название командирской организации, адрес, телефон, e-mail, сайт

ориентированный
г. Магнитогорск, ул. Советская 35-3
8-903-091-6483, novoselova_ls@
mail.ru

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду _____ в следующем составе:

(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИ ВНЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧА НИЕ
1.	<u>Хлоповских Ирина</u> <u>Александровна</u>	<u>24.02.1988</u>	<u>Б/р</u>	<u>справка</u>	
2.					
3.					
4.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям _____ человек,
в том числе _____

М.П. Врач /

Представитель команды Хлоповских И.А. Ирина Александровна
г. Магнитогорск, ул. Мюгарица, д. 105
Печать медицинского учреждения, подпись врача, расшифровка подписи врача
Ф.И.О. полностью, должность, адрес, телефон, e-mail 8-982-323-83-88

Руководитель Новосёлова Л.С.
М.П. название командирской организации, подпись руководителя, расшифровка подписи Новосёлова



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 Хлоповских

Имя Ирина

Отчество (при наличии) Алексеевна

Дата рождения 24 . 02 . 1968

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена)

Дата выдачи, название выдавшего органа 13 января 2026

Вид спорта (при наличии) легкая атлетика , спортивное ориентирование , спортивный туризм , трейлранинг , северная ходьба , лыжные гонки

Спортивная дисциплина (при наличии) забег до 45 км , трейлранинг , лыжные гонки до 50км , спортивный туризм , северная ходьба

Этап спортивной подготовки (при наличии) тренировки и соревнования

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

ДОПУЩЕН КОМИССИЕЙ:

(нужное подчеркнуть)

- ✓ 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 при наличии: -противопоказаний для забега , трейлранинг , спортивное ориентирование , лыжные гонки , северная ходьба - нет

-Соматически здорова

-группа здоровья 1

Дата выдачи медицинского заключения 13 . 01 . 2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 13 . 01 . 2027

Ответственное лицо медицинской организации

Подпись Фамилия, инициалы



В главную судейскую коллегию
Кубка Челябинской области по спортивному
туризму в дисциплине «северная ходьба»
26.07.2026 г.

от Челябинец, ул. Кудрявцева 152
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт
8951-2554400

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду Тренируемая ВМЕСТЕ в следующем составе:
(название команды)

№	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО УЧАСТНИКА	ДАТА рождения	СПОРТИВН ЫЙ РАЗРЯД	МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК слово "ДОПУЩЕН" подпись и печать врача напротив каждого участника	ПРИМЕЧА НИЕ
1.	Надеждина Татьяна Викторовна	18.10.1982	б/р	допущен	
2.					
3.					
4.					
5.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям _____ человек, в том числе _____

М.П. Врач /

Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача

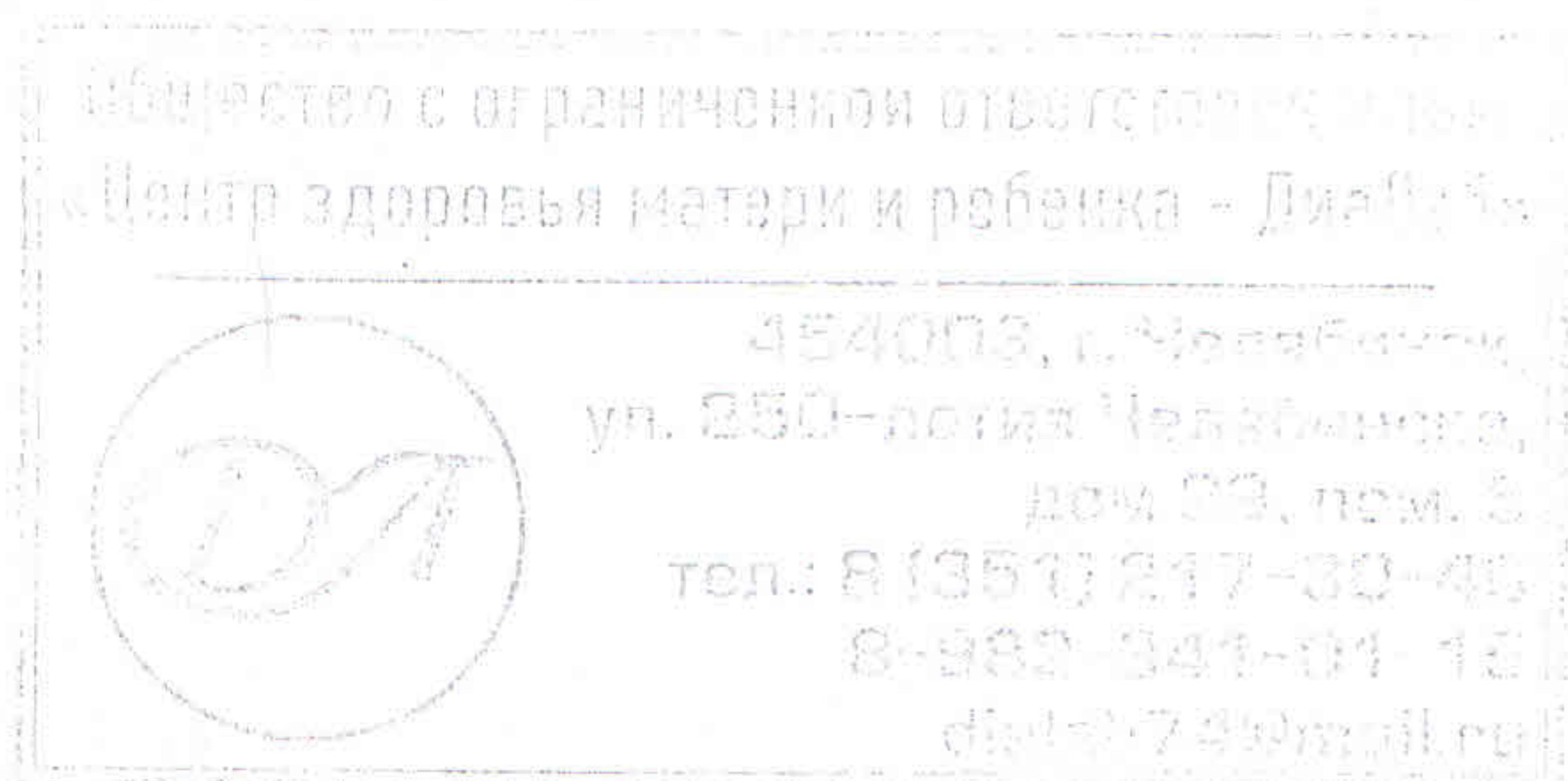
Представитель команды Надеждина Татьяна Викторовна, Челябинская обл. Сосн р-он, п. Красное поле, д3, кв.199, viersi@yandex.ru, 8982-319-90-64

ФИО полностью домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель Хавасицев А.Н.

М.П. название командирующей организации подпись руководителя расшифровка подписи





Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

(название медицинской организации)

Штамп медицинской организации

Телефон медицинской организации _____, электронная почта (e-mail) _____

Медицинское заключение

о допуске к участию в тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях

Реестровый номер заключения - 5/4
Фамилия Надеждин
Имя Татьяна
Отчество (при наличии) Викторовна
Дата рождения 18.10.1982
Реестровый номер лица (спортсмена) 5/4
Дата выдачи, название выдавшего органа 25.07.2026
Название мероприятия: Соревнования
Вид спорта: спортивная гребля, северная гребля
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: Допущен из расчета
1000м (10 мин) ЖС-П;
Ур II

Дата выдачи медицинского заключения 25.07.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату дд.мм.гггг) 25.07.2027

Ответственное лицо медицинской организации Могилко

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации

