

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./

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 8/4
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 к участию
10000 м (10 км) ЖТ-н, 48-н

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



Общество с ограниченной ответственностью
«Центр здоровья матери и ребенка - Диалаб»



454003, г. Челябинск,
ул. 250-летия Челябинска,
дом 29, пом. 5
тел.: 8 (351) 217-30-40
8-982-341-01-15
dialab74@mail.ru

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 8/4

Фамилия Васильев

Имя Мария

Отчество (при наличии) Анатольевна

Дата рождения 16.07.1984

Реестровый номер лица (спортсмена) 8/4

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

(себерася корьба)

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 к участию по бегу 25000м (25 км), велоспорту 40000м (40 км), лыжным гонкам 35000м (35 км), спорту туризму (северная ходьба) 10000м (10 км)

Дата выдачи медицинского заключения 14.07.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 14.07.2027

Ответственное лицо медицинской организации

Подпись _____

Печать медицинской организации



АКЦИОНЕРНЫЙ ЧЕЛЯБИНСКИЙ
ИНВЕСТИЦИОННЫЙ БАНК
ПАО «ЧЕЛЯБИНВЕСТБАНК»
МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА
Лицензия № Л041-01024-74/00326751
от 30.08.2018
г. Челябинск, пл. Революции, 8

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 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 а 3688

Фамилия ОТТО
Имя Константиин
Отчество (при наличии) Максимович
Дата рождения 10.04.2005
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) совершил подъем на веревку
Этап спортивной подготовки (при наличии) на первом этапе

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



Широкофеев С.А.
Фамилия, инициалы

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 - 8/4
Фамилия Тайбук
Имя Василий
Отчество (при наличии) Владиславович
Дата рождения 24.04.1962
Реестровый номер лица (спортсмена) 8/4
Дата выдачи, название выдавшего органа 25.07.2026
Название мероприятия: Соревнования
Вид спорта: спортивный туризм
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; ГТО - н;

Дата выдачи медицинского заключения 25.07.2026

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

Ответственное лицо медицинской организации Тайбук

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: спортивная гиря; 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 к участию
10000 (10 км) ЗКГ-Н
ИЗУ II

Дата выдачи медицинского заключения 24.07.2026

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

Ответственное лицо медицинской организации И. И. Ионов

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации



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

от п. Виноградова
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт
Каслинский район

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

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

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

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

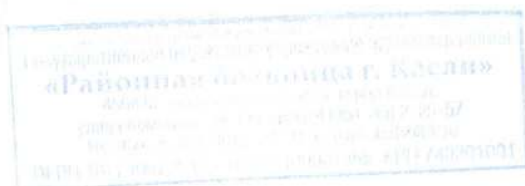
М.П. Врач /

Представитель команды Макаров Алексей Николаевич Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача

Руководитель Гуржоних С.С. ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail



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 Алексей
Отчество (при наличии) Александрович
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 Зай / Зайкова

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 (35158) 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 Голубицкий

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: Парижский парашютен 21км.

Вид спорта: спортивный туризм средневысотные холмы - 15км.

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) 26.05.26 - 25.05.27.

Ответственное лицо медицинской организации А. Абрамидов 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	5/5	справка	
2	Кирсанова Оксана Владимировна	09.09.1987	5/5	справка	
3	Семенцева Светлана Васильевна	29.08.1976	5/5	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

 Савина А.А.

Название медицинской организации
Итак, 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 Котенко Ирина
Имя Валерьевна
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения 21.06.1987
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа _____
Название мероприятия Бег до 1000 м (стартовый)
Вид спорта (при наличии) бег до 1000 м
Спортивная дисциплина (при наличии) бег до 1000 м
Этап спортивной подготовки (при наличии) бег до 1000 м
Велосипед до 50 км с закрытой
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования турки

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: тр. зр. 4

Дата выдачи медицинского заключения 18.05.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 18.05.27

Ответственное лицо медицинской организации Котенко



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, 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: _____

Дата выдачи медицинского заключения _____

Медицинское заключение действительно до (указать дату) _____

Сотрудник медицинской организации _____

Печать медицинской организации

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 Семенова

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 ВКМС Ч

Название мероприятия спортивные турниры, скалолазская ходьба

Вид спорта (при наличии) сверкае 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: в 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 ЧБФ ДО «ШОР Вертикаль
название командирующей организации, адрес, телефон, e-mail, сайт
г. Миасс, ул. Чернышова, 8
т. 835113240500

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>13.09.56</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 _____

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

Руководитель Любимова Надежда Ивановна | Имедел
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



/Ковина А. И.
Фамилия, инициалы



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

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

ЗАЯВКА

на участие в соревнованиях

Просим допустить к участию в соревнованиях команду 2. Мигос 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.	Муллагалиев Марат Нурисламович	14.11.1967г.	—	Допущен	
2.					
3.					
4.					
5.					

Всего допущено к соревнованиям 1 человек. Не допущено к соревнованиям 1 человек, в том числе по стартовому туризму, Висциссина, Северная ходьба

Представитель команды Муллагалиев Марат Нурисламович
М.П. Врач / Печать медицинского учреждения подпись врача расшифровка подписи врача
ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail

Руководитель

Васильев В.В.



М.П. Васильев В.В. 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 mblpufvd@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 Мурманцев
Имя Марат
Отчество (при наличии) Нурисламович
Дата рождения 11.11.1967 г.
Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) _____
Дата выдачи, название выдавшего органа 1533 БУЗ Ч.О. Миасс 03.06.2026
Название мероприятия Учебно-тренировочные и соревновательные
Вид спорта (при наличии) легкая атлетика / бе-2 км, беговые
Спортивная дисциплина (при наличии) открытой беговой, беговые
Этап спортивной подготовки (при наличии) тренировочный, спортивный
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования Фридрих, многоборье ГТО
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 03.06.2026

Медицинское заключение действительно до (указать дату) 03.09.2026

Ответственное лицо медицинской организации Терентьев 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 _____



Фатеева 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 мероприятиях
- 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

Реестровый номер заключения _____

Фамилия Егорцов

Имя Иванов

Отчество (при наличии) Иванович

Дата рождения 23.02.1962

Реестровый номер лица (спортсмена) _____

Дата выдачи, название выдавшего органа 21.07.2026 ВУОР Бурятия

Название мероприятия: спортивные игры

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

скандинавская
хорьба, при стабильности
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 _____
Фамилия, инициалы _____
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.

(протисью)

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

оригиналы
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 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. Югарина, д. 188 8-982-323-83 88

Руководитель Новосёлова Л.С.

М.П. название командирской организации, адрес, телефон, e-mail



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 Челябинск, ул. Федурюткина 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	СПОРТИВ НЫЙ 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

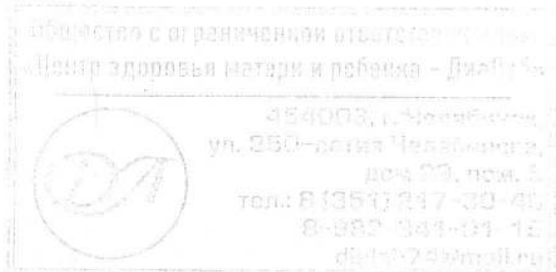
Руководитель Хаванцев А.Н.

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 Наденеркина
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, северное гребло
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 системы
гребли (юниор) ЖС-Н
гребли

Дата выдачи медицинского заключения 25.07.2026

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

Ответственное лицо медицинской организации Наденеркина

Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации

