

**Информация
о необходимости прохождения поступающими обязательного
предварительного медицинского осмотра (обследования)**

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 14.08.2013 г. № 697 «Об утверждении перечня специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности» поступающим в ФГБОУ ВО «Сочинский государственный университет» на следующие направления подготовки:

44.03.01, 44.04.01 Педагогическое образование

44.03.02, 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

44.03.03, 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование

44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)

необходимо пройти обязательный предварительный медицинский осмотр (обследование) и представить в приемную комиссию документ (документы), подтверждающие прохождение обязательного медицинского осмотра не позднее дня завершения приема документов.

Поступающий представляет оригинал или копию медицинской справки по форме № 086/У (врачебное профессионально-консультативное заключение), которая содержит следующую информацию:

- каким медицинским учреждением и конкретным врачом было выдано заключение;
- данные о личности пациента, его адрес;
- место предъявления справки (Сочинский государственный университет);
- перенесенные заболевания;
- профилактические прививки;
- состоянии здоровья на момент обследования (специалисты: терапевт, хирург, невролог, офтальмолог, отоларинголог, психиатр, нарколог);
- данные флюорографического обследования, лабораторных исследований;
- врачебное заключение о профессиональной пригодности к профессиональной деятельности и отсутствии противопоказаний для заключения трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности.

В случае если у поступающего имеются медицинские противопоказания, СГУ информирует его о связанных с указанными противопоказаниями последствиях в период обучения в университете и последующей профессиональной деятельности.

**Информация
о необходимости представления поступающими медицинского
заключения (обследования)**

Поступающие на направление бакалавриата **49.03.01 Физическая культура** представляют документ, подтверждающий прохождение медицинского осмотра (оригинал или копию медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (учебно-тренировочных и спортивных соревнованиях), мероприятиям по оценке выполнения нормативов (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО) на основании статьи 39 п.2 Федерального закона от 04.12.2007г. (ред. от 24.07.2024) №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» и приказа Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2020г. № 1144н., приложение №2.

**Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2020 г. N 1144н
(с изменениями от 22 февраля 2022 г.)
(форма)**

Название медицинской организации, штамп
Телефон, электронная почта

**Медицинское заключение
о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (учебно-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 учебно-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 _____ / _____ /
Подпись Фамилия, инициалы

Печать медицинской организации