

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
для поступающего в Свято-Троицкую Духовную Семинарию

Фамилия, имя, отчество абитуриента _____

Фамилия, имя, отчество врача _____

Адрес врача _____

Обращающийся за справкой подает документы для поступления в нашу семинарию. Просим дать заключение о состоянии его здоровья и возможности обучения в семинарии. Укажите наличие каких-либо серьезных заболеваний из числа приведенных ниже. Данную справку просим выдать поступающему на руки в закрытом запечатанном печатью конверте, или же выслать в семинарию по следующему адресу:

Holy Trinity Orthodox Seminary
PO Box 36
Jordanville, NY 13361
USA

Благодарим Вас за Ваше содействие.

Если поступающий страдает или ранее страдал одним из нижеприведенных заболеваний, сделайте соответствующую отметку и дайте разборчивые письменные пояснения.

эпилепсия	<input type="checkbox"/>	сердечные заболевания, инфаркт	<input type="checkbox"/>
диабет	<input type="checkbox"/>	физические недостатки	<input type="checkbox"/>
серьезные аллергии на пищу или лекарства	<input type="checkbox"/>	психические расстройства	<input type="checkbox"/>
астма	<input type="checkbox"/>	прочие (укажите какие) _____	<input type="checkbox"/>
гастро-дуоденальные заболевания	<input type="checkbox"/>	не страдает ни одним из указанных	<input type="checkbox"/>

Сведения о прививках

(Необходимо наличие всех нижеприведенных прививок)

свинка	<input type="checkbox"/>	дата (месяц/день/год): _____
краснуха	<input type="checkbox"/>	дата (месяц/день/год): _____
корь	<input type="checkbox"/>	дата (месяц/день/год): _____

Заключение по результатам медицинского осмотра:

- Поступающий практически здоров, может обучаться в семинарии.
- По состоянию здоровья обучение в семинарии не рекомендуется.

МЕСТО
ПЕЧАТИ

Подпись врача_____
Дата

Я _____ предупрежден, что в период обучения в Семинарии каждый студент обязан самостоятельно оплачивать все медицинские расходы, включая приобретение лекарств.

Подпись абитуриента_____
Дата