**Перечень медицинских документов**

**для поступления в ГОБОУ МО КК «Североморский кадетский корпус»**

**184621 г. Североморск, ул. Восточная д.11 «А»**

* Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у - 2000).
* Медицинский полис компании ОАО «СОГАЗ – Мед» или «Альфа Страхование – МС», прикреплённый к Мурманской области и имеющий продление.
* Свидетельство о рождении, паспорт.
* СНИЛС.
* Прививочный сертификат (форма № 156/у-93) или карта профилактических прививок.
* Осмотр врачей специалистов, занесённый в медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у - 2000).

Должны быть пройдены следующие специалисты:

— Лор врач (оториноларинголог)

— Окулист.

— Хирург.

— Травматолог (ортопед).

— Невролог.

— Эндокринолог.

— Стоматолог.

* Справка от фтизиатра (о не состоянии на учёте) с указанием пробы **Диаскинтест** за текущий год. Флюорография в течении последнего года с 15 лет.
* Справка от врача нарколога (о не состоянии на учёте).
* Справка от врача психиатра (о не состоянии на учёте).
* Справка от педиатра о состоянии здоровья на момент поступления (действительна три дня).
* Справка из КВД (Кожно венерологический диспансер) или справка от дерматолога детской поликлиники (о не состоянии на учёте) на момент поступления (действительна три дня)
* Справка из ЦГСЭН (сан. эпид. станции) об эпид. обстановке по месту жительства на момент поступления (действительна три дня). Последнее время выдаёт участковый педиатр детской поликлиники.
* Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой. (Приложение №4 к порядку проведения проф. Медосмотров несовершеннолетних, утверждённому приказом Мин. здрав РФ от 10.08.2017 г. № 514 н)
* Анализы: **(наличие бланков анализов или их ксерокопий).** Направления выписывает участковый педиатр детской поликлиники.
* Общий анализ крови.
* Анализ крови на RW(микрореакция) с 15 лет.
* Анализ крови на ВИЧ и HBS антиген (маркеры гепатитов «В» и «С»).
* Общий анализ мочи.
* Исследование кала на яйца гельминтов (я/г).
* Соскоб на энтеробиоз.

Выписка об истории развития из амбулаторной карты ребёнка со сведениями о перенесённых инфекционных и других заболеваниях, о наличии или отсутствии аллергических реакций на лекарственные препараты и пищевые продукты.

* Осмотр педиатра и его заключение о годности обучения в кадетском корпусе с указанием группы здоровья, физического развития и физкультурной группы, занесённый в школьную медицинскую карту ребёнка для образовательных учреждений (форма № 026/у - 2000).

Приложение N 4

к Порядку проведения

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 10 августа 2017 г. N 514н

**Медицинское заключение**

**о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе**

**для занятий физической культурой**

Выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о том, что он допущен (не допущен) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой(ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указывается в соответствии с [приложением N 3](#Par9) к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (Фамилия И.О.)

М.П.

Дата выдачи "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.