

Наименование лечебного учреждения	
Справка	
об отсутствии контакта с инфекционными больными № _____	
Дана (ФИО) _____	
Дата рождения _____	
По месту жительства _____	
В образовательном учреждении _____	
За последние 21 день инфекционных заболеваний не зарегистрировано, в том числе COVID-19.	
Ф.И.О. и подпись врача: _____	
Дата: _____	
М.П.	

Наименование лечебного учреждения	
Справка	
об отсутствии контакта с инфекционными больными № _____	
Дана (ФИО) _____	
Дата рождения _____	
По месту жительства _____	
В образовательном учреждении _____	
За последние 21 день инфекционных заболеваний не зарегистрировано, в том числе COVID-19.	
Ф.И.О. и подпись врача: _____	
Дата: _____	
М.П.	

Наименование лечебного учреждения	
Справка	
об отсутствии контакта с инфекционными больными № _____	
Дана (ФИО) _____	
Дата рождения _____	
По месту жительства _____	
В образовательном учреждении _____	
За последние 21 день инфекционных заболеваний не зарегистрировано, в том числе COVID-19.	
Ф.И.О. и подпись врача: _____	
Дата: _____	
М.П.	

Наименование лечебного учреждения	
Справка	
об отсутствии контакта с инфекционными больными № _____	
Дана (ФИО) _____	
Дата рождения _____	
По месту жительства _____	
В образовательном учреждении _____	
За последние 21 день инфекционных заболеваний не зарегистрировано, в том числе COVID-19.	
Ф.И.О. и подпись врача: _____	
Дата: _____	
М.П.	