

**УТВЕРЖДЕНА**  
постановлением министерства труда,  
занятости и социального развития  
Архангельской области  
от 11 апреля 2023 года № 12-п

*Форма*

\_\_\_\_\_  
(наименование организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

**НА П Р А В Л Е Н И Е**  
**на проведение медицинского осмотра ребенка**

от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка	
Наименование организации отдыха детей и их оздоровления	
Место нахождения организации отдыха детей и их оздоровления	
Тип организации отдыха детей и их оздоровления	
Сроки проведения смены	
Дата выезда в организацию отдыха детей и их оздоровления	

Руководитель организации \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.п. (при наличии)

\_\_\_\_\_