**ЖУРНАЛ**

**учета участников итогового сочинения (изложения), обратившихся к медицинскому работнику**

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование образовательной организации – места проведения итогового сочинения (изложения)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(адрес – места проведения итогового сочинения (изложения)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. / Подпись медицинского работника)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество участника итогового сочинения (изложения)** | **Номер учебного кабинета** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника экзамена** | **Подпись медицинского работника** |
| **Оказана медицинская помощь, участник экзамена ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ НАПИСАНИЯ ИС (И)** | **Оказана медицинская помощь и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ НАПИСАНИЯ ИС (И)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |