**Ж У Р Н А Л**

**учета участников ГИА, обратившихся к медицинскому работнику во время проведения экзамена**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | | **(наименование и адрес образовательной организации, на базе которой расположен ППЭ)** |  |  | | --- | | **(Код ППЭ)** |   1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| **(«Ф.И.О. / Подпись/Дата» медицинских работников, закреплённых за ППЭ в дни проведения ГИА)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **НАЧАТ** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОКОНЧЕН** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  | | | | | | |

| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Обращение** | | **Фамилия, имя, отчество участника ГИА** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры**  *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | | **Подпись участника ГИА** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |