ЖУРНАЛ

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

(H	аименование и ад	дрес образовательной организации, на	а базе которой расположен П	ПЭ)		
		(Код ППЗ	9)			
№ п/п		ФИО	Дата	Дата Подпись		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
	сведения о	медицинских работниках, закрепленн	ных за ППЭ в дни проведения	я экзаменов		
НАЧАТ		« <u></u> »_	2024 г	_ 2024 г.		
окончен		« <u> </u> » <u> </u>	2024 г	_ 2024 г.		

№ п/п	Обращение					Принятые меры (в соответствующем поле поставить «Х»)			
	дата	время	Фамилия, имя, отчество (при наличии) участника ГИА	Номер аудитории	Причина обращения	Оказана медицинская помощь, участник ГИА ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕН ИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА	Оказана медицинская помощь и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА	Подпись участника ГИА	Подпись медицинского работника
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10