

Утверждаю

Президент Амурской  
областной общественной  
спортивной организации  
«Федерация хоккея»

  
А.М. Нохрин  
«10» 10 2018 г.



Утверждаю

Генеральный директор ГАУ АО  
«РЦСП»

  
М.М. Ярин  
«21» 10 2018 г.



Согласовано

Министр по физической  
культуре и спорту Амурской  
области

  
Н.А. Кретов  
«10» 10 2018 г.



## ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Кубка Амурской области по хоккею  
в сезоне 2018-2019 года  
(Номер-код вида спорта:0030004611Я)

г. Благовещенск  
07-09 декабря 2018 г.

## **I. Общие положения**

1.1. Спортивное мероприятие Кубок Амурской области по хоккею в сезоне 2018-2019 года проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Спортивное соревнование проводится в соответствии с правилами вида спорта «хоккей» утвержденными приказом Министерства спорта России № 729 от 17.08.2018г.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни

1.3.2. Популяризация и развитие хоккея в Амурской области среди молодежи.

1.3.3. Повышение спортивного мастерства хоккеистов.

1.3.4. Выполнение разрядных нормативов

1.4. Участникам турнира запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.5. Участникам соревнования запрещается участвовать в азартных играх в букмекерских конторах и тотализаторах путем заключения пари на официальные спортивные соревнования в соответствии с требованиями, установленными пунктом 3 части 4 статьи 26.2 Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

## **II. Права и обязанности организаторов спортивных соревнований**

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением соревнования осуществляет государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее - ГАУ АО «РЦСП») совместно с Амурской областной общественной спортивной организацией «Федерация хоккея» (далее АООСО «Федерация хоккея»).

2.2. Непосредственное проведение соревнования возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную приказом ГАУ АО «РЦСП».

## **III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинское обеспечение**

3.1. В целях достижения необходимой безопасности зрителей и участников во время соревнований, произвести предварительную проверку соответствующих условий и правил обеспечения безопасности при проведении официальных спортивных соревнований, утвержденных Постановлением правительства РФ от 18 апреля 2014 года № 353.

3.2. Контроль за выполнением требований безопасности возлагается на главного судью соревнований и директора спортивного сооружения.

3.3. Участие в соревнованиях осуществляется только при наличии договора (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев, который предоставляется в мандатную комиссию на каждого участника.

3.4. Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в «режиме ожидания».

#### **IV. Общие сведения о спортивном соревновании**

4.1. Соревнования проводятся в г. Благовещенске 07-09 декабря 2018 г.  
06 декабря – День приезда команд;

16:30 ч. – Заседание судейской коллегии.

07 декабря – Первый день соревнования;

11:00 – начало соревнования;

13:00ч. – торжественное открытие соревнований.

4.2. Приглашаются команды спортивных обществ и ведомств, сборные команды городов, районов Амурской области.

4.3. Планируемое количество участников: 120 человек, шесть команд.

#### **V. Требования к участникам и условия их допуска**

5.1. К участию в соревнованиях допускаются игроки, имеющие постоянное место жительства в Амурской области. Игроки, не достигшие возраста 18 лет, должны иметь согласие родителей в письменном виде.

5.2. Каждая команда должна предоставить судью для обслуживания соревнований.

#### **VI. Заявки на участие**

6.1. Именные заявки, заверенные врачом и документы подаются в мандатную комиссию в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 01 декабря 2018 г. по телефону или электронному адресу 89294762662, 89145675867, amur\_hockey@mail.ru

6.2. В комиссию по допуску и регистрации участников предоставляются документы: заявки, заверенные врачом и печатью медицинского учреждения, печатью командирующей организации, паспорт, свидетельство о рождении, договор о страховании (оригинал).

6.3. Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н), участникам спортивных соревнований предоставляется информированное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное

согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по утвержденной форме. (Приложение 1, 2).

## **VII. Условия подведения итогов**

7.1. Итоги подводятся согласно действующих правил по виду спорта.

7.2. Сроки предоставления итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном носителях в ГАУ АО «РЦСП» - в течение 3-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования.

7.3. Система розыгрыша определится на заседании судейской коллегии. Она зависит от количества команд участников.

## **VIII. Награждение победителей и призеров**

8.1. Команда победитель и призеры награждаются кубком, медалями, командными дипломами, игроки грамотами.

8.2. Лучшие игроки соревнования награждаются призами.

## **IX. Условия финансирования**

9.1. Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по приобретению кубков, дипломов, медалей, оплате питания главного судьи, главного секретаря бригады судей соревнования.

9.4. Приобретение ценных призов, командирование судей осуществляет АООСО «Федерация хоккея» за счет взносов команд.

9.4. Заявочный взнос с команды участницы 10000 (десять) тысяч рублей

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования.**

**Информированное добровольное согласие родителя, или его законного представителя,  
на участие его ребенка, не достигшего совершеннолетия, в Чемпионате или Кубке  
Амурской области по хоккею.**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя или его законного представителя, телефон)  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя, данные паспорта)  
даю информированное добровольное согласие на участие в Чемпионате и Кубке Амурской  
области по хоккею моему сыну

\_\_\_\_\_ (ФИО игрока , дата рождения)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. игрока , телефон)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)  
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)