

Утверждаю

Президент АОСОО
«Федерация кикбоксинга
Амурской области»


М.С. Угрин
«_____» _____ 2018 г.



Утверждаю

Генеральный директор
ГАО АО «РЦСН»


М.М. Лапин
«_____» _____ 2018 г.



ПОЛОЖЕНИЕ

Согласованно

Министр по физической
культуре и спорту Амурской
области


Ю.А. Кретов
«_____» _____ 2018 г.



о проведении открытого кубка Амурской области по кикбоксингу
в разделе фулл-контакт, лайт-контакт, поинтфайтинг, К-1.

(номер код 0950001411 Я)

23 - 25 ноября 2018 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

1.1 Спортивное мероприятие открытый кубок Амурской области по кикбоксингу в разделе фулл-контакт, лайт-контакт, поинтфайтинг, К-1. проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Спортивные соревнования проводятся с соответствиями правилами вида спорта «кикбоксинг», утвержденными приказом Министерства спорта Российской Федерации от 29 сентября 2017 г. № 837.

1.3 Цели и задачи

1.3.1 Пропаганда здорового образа жизни

1.3.2 Популяризация и развитие кикбоксинга в Амурской области

1.3.3 Повышение уровня спортивного мастерства спортсменов.

1.3.6 Выполнение разрядных нормативов

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

1.5 Участником соревнования запрещается участвовать в азартных играх в букмекерских конторах и тотализаторах путем заключения пари на официальные спортивные соревнования в соответствии с требованиями, установленными пунктами 3 части 4 статьи 26.2. Федерального закона от 4 декабря 2007 года № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

II Права и обязанности организаторов спортивных соревнований

2.1 Общее руководство подготовкой и проведением соревнований осуществляется государственным автономным учреждением Амурской области «Региональным центром спортивной подготовки» (далее - ГАУ АО «РЦСП») совместно с Амурской областной спортивной общественной организацией «Федерация кикбоксинга Амурской области» (далее - АОСОО «Федерация кикбоксинга Амурской области»).

2.2 Непосредственное проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную АОСОО «Федерация кикбоксинга Амурской области» и 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. Благовещенск 23 – 24 ноября 2018 г. в городе Благовещенск ул. Студенческая 43, спортивный комплекс «АмГУ»

4.2 Планируемое количество участников: 150.

Программа соревнований:

23 ноября Приезд участников, представителей, тренеров и судей

14:00- 17:00 мандатная комиссия, взвешивание.

17:00 – семинар судей, совещание тренеров и представителей жеребьевка. По адресу ул. Ленина 60 зал кикбоксинга 2 этаж

24 ноября

10:00 – предварительные бои

11:00 - торжественное открытие соревнований

16:30 – полуфинальные бои

12.00 - финальные поединки, награждение и отъезд команд

4.3 Весовые категории: в соответствии с правилами вида спорта «кикбоксинг».

4.4 Возвратные категории: «лайт-контакт», «поинтфайтинг» с 11 лет., «фулл-контакт», «K1» с 15 лет.

V Требования к участникам и условия их допуска

5.1 По исполнению 18 лет боец может принимать решения о выступлении или во взрослой категории или юниорской. Однако, если 18-ти летний юниор выступит во взрослой возвратной категории, вновь выступать в юниорской категории он не сможет.

VI Заявки на участие

6.1 Предварительные заявки на участие в спортивных соревнованиях подаются до 21.11. 2018 г. по адресу г. Благовещенск, ул. Ленина, 60 или по электронной почте: boxspirit.28@mail.ru. тел. 8924-142-95-34 Акулов Александр Георгиевич, тел.8914-557-27-48 офис.

6.2 Участникам, предварительно подтвердившим участие в соревнованиях, оказывается помощь в размещении.

6.3 Заявки на участие в спортивных соревнованиях сборных команд субъектов Российской Федерации руководителем органа управления в сфере физической культуры и спорта субъекта, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске каждого участника к спортивным соревнованиям, заверенные подписью и личной печатью врача, и печатью медицинского учреждения, заполнять по форме приложения №3

6.4 Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам спортивных соревнований: паспорт (свидетельство о рождении), зачетная

классификационная книжка и паспорт кикбоксера, страховой полис обязательного медицинского страхования, оригинал договора о страховании несчастных случаев, жизни и здоровья, медицинская справка о допуске к участию в спортивных соревнованиях (для спортсменов, не имеющих отметки врача в заявке на участие в спортивных соревнованиях).

6.5 Также, во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н), участниками 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 Спортивные соревнования проводятся по олимпийской системе с выбыванием после первого поражения, спортсмены, проигравшие в полуфинале, занимают третье место.

7.2 Победители определяются по количеству набранных очков («фулл-контакт», «К1», «лайт-контакт», «поинтфайтинг»).

7.3 Сроки предоставления АОСОО «Федерация кикбоксинга Амурской области» итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании – не позднее 2-х дней со дня окончания спортивного соревнования.

VIII. НАГРАЖДЕНИЕ ПОБЕДИТЕЛЕЙ И ПРИЗЕРОВ

8.1 Победители и призеры соревнований в каждом виде соревнований награждаются грамотами и медалями соответствующих степеней.

IX. УСЛОВИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ

9.1 Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2 Расходы по оплате питания судейской бригады, услуги медицинского персонала в дни соревнований и расходы по приобретению, медалей, грамот, кубков несёт федерация ГАУ АО «РЦСП».

9.3 Расходы, по оплате работы судейской бригады, организация установки, перевозки ринга, изготовления печатной продукции, приобретение канцелярской продукции несёт АОСОО «Федерация кикбоксинга Амурской области»

9.4 Добровольный взнос на соревнования с 11 лет до 15 лет 300 рублей, от 15 лет 500 рублей.

ИНН: 2801097140 КПП 280101001

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФИЛИАЛ ПАО РОС «РОСБАНК» г. Владивосток
БИК 040507871; к/с 30101810300000000871; р/с 40703810046730000005

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)

З А Я В К А

Приложение №3

от _____

(команда с указанием населённого пункта)

Кубок Амурской области по кикбоксингу в разделе фулл-контакт, лайт-контакт, поинтфайтинг, К-1 **24-24 ноября 2018 года г.Благовещенск**

(название мероприятия)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Место учебы, работы, звание	Вид единоборств и спортивный разряд	Весовая категория	Подпись врача, печать учреждения о допуске спортсмена
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

К участию в соревнованиях допускается

челов
ек

(подпись)

(подпись врача, печать мед. учреждения)

Представитель команды

(подпись)

(Фамилия, И.О.)

Руководитель организации

М. П.

(подпись)

(Фамилия, И.О.)