

Утверждаю

Министр по физической культуре
и спорту Амурской области



Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»



Согласовано

Председатель Федерации
баскетбола Амурской
области



ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Первенства Амурской области по баскетболу
среди юношей и девушек 2004 – 2005 г.г. рождения

I. Общие положения

1.1 Спортивное мероприятие Первенство Амурской области по баскетболу проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Спортивные соревнования проводятся по «Официальным Правилам ФИБА 2014 года». Команды играют мячом размера №6. Игровое время, 4 периода по 10 минут.

1.3 Первенство проводится с целью классификации команд, повышение индивидуального уровня мастерства и выявление победителя для создания сборной команды Амурской области для участия в Первенстве России и для решения основных поставленных задач:

1.3.1 Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2 Популяризация и развитие баскетбола в Амурской области.

1.3.3 Повышение уровня спортивного мастерства юношеских команд.

1.3.4 Определение лучших игроков и тренеров Первенства.

1.3.5 Привлечение молодежи к регулярным занятиям физической культурой и спортом.

1.3.6 Выполнение разрядных нормативов.

1.4. При проведении соревнований запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований, а также, 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 соревнований осуществляется ГАУ АО «РЦСП» совместно с общественной организацией Амурской областной федерацией баскетбола

2.2 Непосредственное проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную федерацией баскетбола и приказом ГАУ АО «РЦСП».

III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинской 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 представляется 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 среди юношей и девушек 2004 - 2005 года рождения проводятся в г. Тында, с 01 по 05 марта 2018 года в спортивном зале «Локомотив» ДЮСШ №2.

4.2 Планируемое количество участников: 150 – 200 человек.

4.3 Соревнования допускаются спортсмены 2004 - 2005 года рождения, проживающие на территории Амурской области. В составе 12 игроков, тренер, сопровождающий, судья.

4.4 Начало соревнований 01 марта 2018 г. в 12.00 часов, судейская 01 марта 2017 г. в 11.00, торжественное открытие соревнований состоится 02 марта 2018 г. в ДЮСШ №2 в 16.00.

V. Требования к участникам и условия их допуска

5.1 К соревнованиям допускаться учащиеся одной организации (школа, клуб, ДЮСШ, СДЮШОР и т.д.), согласно, именной заявки заверенной врачом, при наличии подтверждающих документов (свидетельство о рождении, паспорт), наличие справки со школы с фото **обязательно**, страховой полис обязательного медицинского страхования, оригинал договора о страховании несчастных случаев, жизни и здоровья.

VI. Заявки на участие

6.1 Команды после получения положения должны подтвердиться не позднее 01 марта 2018 года ответственному за проведение соревнований Кирюшин Игорь Борисович.

6.2 Участникам, предварительно подтвердившим участие в соревнованиях, оказывается помощь в размещении. Размещение от 250 - 400 рублей. Команды не подтвердившиеся к соревнованиям не допускаются.

6.3 Заявки на участие в спортивных соревнованиях команд субъектов Амурской области должны быть подписаны руководителем органа управления в сфере физической культуры и спорта, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске

каждого участника к спортивным соревнованиям, заверенные подписью и личной печатью врача. Поликлиникой в которой работает врач.

6.4 На документе должно стоять три печати врач, поликлиника и организация которая отправляет.

6.5 А также, необходимо информационное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н. (Приложение 1, 2).

VII. Условия подведения итогов

Победители определяются по наибольшему количеству набранных очков. При равенстве у двух команд по игре между ними; у трех и более команд по разнице забитых и пропущенных мячей в играх трех и более команд.

VIII. Награждение победителей и призёров

Победители и призеры соревнований награждаются грамотами и медалями соответствующих степеней. Лучшие игроки турнира награждаются ценными призами.

IX. Условия финансирования

9.1 Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2 Расходы по оплате питания судейской бригады и питания медицинскому работнику и рабочей бригады в дни соревнований несет ГАУ АО «РЦСП»

9.3 **Организационный взнос – 1500 (Одна тысяча пятьсот) рублей** на расходы по приобретению грамот и медалей, кубков.

9.4 Порядок у условия сбора денежных средств (заявочного взноса с участников спортивного мероприятия Амурская областная федерация баскетбола определяет сама и несёт ответственность за свои действия.

Телефоны: Гейко Анна Александровна 89246705123.
ОЦРС 8-416-2-772-032

Общественная организация Амурская областная федерация баскетбола

Данное положение является официальным вызовом на соревнования

Заявочный взнос перечисляется на счет Общественной организации Амурская областная федерация баскетбола

Реквизиты федерации:

ПОЛУЧАТЕЛЬ	: ОО Амурская областная федерация баскетбола
ИНН / КПП	: 2801036122 / 280101001
Банк	: Благовещенский филиал ОАО АКБ «Связь-Банк»
Счет №	: 40703810800150000144 БИК 041012778
К/С	: 30101810300000000778
Адрес	: г. Благовещенск, Артиллерийская, 8
тел./факс	: 8(416-2)527356

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. р., 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) _____ (подпись)

“ ” _____ 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. р., 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)