

Утверждаю

Председатель
общественной организации
"Амурская областная
федерация баскетбола"



Ю.А. Кретов
Ю.А. Кретов
«29 декабря» 2018 г.

Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»



М.М. Папин
М.М. Папин
«29 декабря» 2018 г.

Согласовано

Министр по физической
культуре и спорту Амурской
области



Ю.А. Кретов
Ю.А. Кретов
«29 декабря» 2018 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении открытого кубка Амурской области по баскетболу
среди женских команд

(Номер-код вида спорта 0140002611Я)

11 – 15 декабря 2018 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

1.1 Кубок Амурской области по баскетболу среди женских команд проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Соревнования по виду спорта «баскетбол» на территории Российской Федерации проводятся в соответствии с настоящими правилами вида спорта «баскетбол» (далее-Правила), разработанными с учетом правил международной федерации баскетбола ФИБА (далее – ФИБА), положениями и регламентами проведения соревнований, утвержденными приказом Минспорта России от «16» марта 2017 г. № 182 в редакции приказа Минспорта России от «4» мая 2017 г. № 411.

1.3 Цели и задачи:

1.3.1 Пропаганда здорового образа жизни взрослого населения;

1.3.2 Популяризация и развитие баскетбола в Амурской области;

1.3.3 Повышение уровня спортивного мастерства баскетболистов;

1.3.4 Выявление сильнейших команд Амурской области;

1.3.5 Контроль за подготовкой и отбор спортсменов для сборных команд.

1.3.6 Выполнение разрядных нормативов спортсменами.

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 общественной организацией «Амурская областная федерация баскетбола» (далее – ОО «Амурская областная федерация баскетбола»).

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 среди женских команд проводятся 11-15 декабря 2018 г., в г. Благовещенск, ул. Чайковского, 16, спортивный зал «Политехнику».

4.2 Планируемое количество участников: 72.

4.3 В соревнованиях принимают участие сборные команды городов, районов, клубов, организаций Амурской области и Дальнего Востока. Состав команды: 12 игроков, 1 тренер, 1 представитель, 1 судья.

4.4 Начало соревнований в 16.00 часов, день приезда иногородних команд 10 декабря 2018 г. Заседание представителей команд состоится 10 декабря в 16.00 часов в БГПУ, корпус «Б» ауд. 113 «Б» (факультет ФКиС, 2 этаж), по адресу: ул. Ленина, 104.

4.5 Торжественное открытие соревнований состоится 11 декабря 2018 г. в 19.00 часов.

V. Требования к участникам и условия их допуска

5.1 К участию в Кубке допускаются игроки, достигшие 18 лет и старше. Тренер, представитель команды участницы Кубка, имеющий в составе команды игроков 2000-2003 г.р., предоставляет в главную судейскую коллегию письменное согласие родителей и несет ответственность за несовершеннолетних игроков.

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

VI. Заявки на участие

6.1 Именные заявки подаются на заседание представителей команд (приложение 1).

6.2 К основной заявке прилагается техническая заявка с обязательным указанием номера, разряда, года рождения, роста игроков (приложение № 2). Форма участников должна соответствовать правилам ФИБА.

6.3 Подтверждение об участии в соревнованиях подавать до 10 декабря 2018 г. тел. 8-924-670-60-61 (Кретов Юрий Александрович).

Команды, не подтвердившие своего участия до указанного срока, к участию в соревнованиях не допускаются.

6.4 Заявки на участие в спортивных соревнованиях команд должны быть подписаны руководителем, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске каждого участника к спортивным соревнованиям, заверенные подписью, личной печатью врача и печатью поликлиники.

6.5 Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам спортивных соревнований: паспорт (свидетельство о рождении), 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).

6.6 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 3, 4).

VII. Условия подведения итогов

7.1 Игры проводятся по действующим правилам ФИБА 2017 г. с учетом изменений и интерпретаций. Победители определяются согласно разделу («Официальных правил баскетбола»).

7.2 Система и условия проведения будет определена исходя из количества подтвердившихся команд. При подтверждении менее трех команд соревнования не проводятся.

VIII. Награждение победителей и призеров

8.1 Команда, занявшая 1 место, награждается кубком, дипломом 1 степени, игроки – грамотами, медалями.

8.2 Команды, занявшие 2 и 3 места, награждаются дипломами соответствующих степеней, игроки – грамотами, медалями.

8.3 Лучшие игроки в командах, по амплуа, тренеры – грамотами и ценными призами.

IX. Условия финансирования

9.1 Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2 ГАУ АО «РЦСП» несет расходы: услуги спортивного сооружения.

9.3ОО «Амурская областная федерация баскетбола» несет расходы: питание в дни соревнований судейской бригаде, рабочей бригаде, медперсоналу; награждение кубками, дипломами, грамотами, медалями и ценными призами(за счет заявочного взноса), 10% от целевого взноса идет на развитие федерации.

9.4 Сумма целевого взноса – 13.300 рублей (Тринадцать тысяч триста рублей) с каждой команды.

9.5 Целевой взнос перечислять на счет общественной организации «Амурская областная федерация баскетбола»

ОО Амурская областная федерация баскетбола
к/с № 30101810205070000870
в Дальневосточном ГУ Банка России
Банк Приморский филиал ПАО АКБ «Связь-Банк»
ИНН / КПП 7710301140 / 253643001
Р/с: 40703810700150000144 БИК 040507870
Адрес: Артиллерийская, 8
Тел. 52-73-56

ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

на участие в Кубке Амурской области по баскетболу среди женских команд - 2018 г.

от команды _____

Отметка о допуске (заполняется главным судьей)	№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения / полных лет	Серия и номер паспорта	Спортивное звание	Игровое амплуа	Подпись врача, печать
	1	Иванова Мария Ивановна	18.07.2000 / 18				
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

Допущено _____ человек. Врач _____ / _____ /.

Печать. Дата _____

Тренерский состав, сопровождающие лица

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Серия и номер паспорта	Образование, звание	Домашний адрес	Мобильный телефон	Адрес электронной почты
1							

Я, нижеподписавшийся, ответственное лицо (сопровожающий) _____, подтверждаю, что все игроки, включенные в данный заявочный лист, соответствуют всем данным, представленным в заявочном листе, и имеют право участвовать в Кубке Амурской области по баскетболу среди женских команд 2018 г.

Число

Тренер _____ / _____ /

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)