

Согласовано

Министр по физической культуре и спорту Амурской области



Ю.А. Кретов  
«20» февраля 2018 г.

Утверждаю

Председатель общественной организации "Амурская областная федерация баскетбола"



Ю.А. Кретов  
«20» февраля 2018 г.

Утверждаю

Глава города Райчихинск



Г.И. Родионова  
«20» февраля 2018 г.

## ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении XLIV Дальневосточного турнира по баскетболу среди мужских, женских и юношеских команд, посвященного памяти кавалера 3-х орденов Боевой Славы Бориса Семёновича Паршенкова

21 – 24 февраля 2019 года  
г.Райчихинск

## **I. Общие положения**

1.1 XLIV Дальневосточный турнир по баскетболу среди мужских, женских и юношеских команд, посвященный памяти кавалера 3-х орденов Боевой Славы Бориса Семёновича Паршенкова (далее – соревнование) проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Соревнование проводится 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;

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 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.<sup>2</sup> 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 администрация города Райчихинск совместно с общественной организацией «Амурская областная федерация баскетбола» (далее – ОО «Амурская областная федерация баскетбола»).

2.2 Непосредственное проведение соревнования возлагается на главную судейскую коллегию.

## **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 Соревнование проводится с 21 по 24 февраля 2019г. в г.Райчихинск, в спортивных залах МОАУ СОШ № 15, по адресу: ул.Победы, 51 и концертно-спортивном комплексе подразделения ГАУ АО «РЦСП» в г. Райчихинск, по адресу: ул. Комсомольская, 88.

4.2 Планируемое количество участников: 220.

4.3 В соревнованиях принимают участие команды:

№ п/п	Юноши	Мужчины	Женщины
1	г.Биробиджан	ДВОКУ	п.Новобурейский
2	г.Хабаровск	г.Биробиджан	с.Тамбовка
3	г.Нерюнгри	с.Екатеринославка	г.Биробиджан
4	ДЮСШ №3 г. Благовещенск	г. Нерюнгри	пгт. Прогресс
5	п.Новобурейский	БГПУ г.Благовещенск	г.Нерюнгри
6	пгт.Прогресс	ДальГАУ г.Благовещенск	
7	с.Екатеринославка	п.Новобурейский	
8	г.Райчихинск	«Центр ткани» г.Благовещенск	
9		«Шахтер» г.Райчихинск	
10		с.Тамбовка	

4.4 Начало соревнований в 12:00 часов, день приезда иногородних команд 21 февраля 2019 г.

Заседание судейской коллегии состоится 21 февраля 2019 года в 11:00 часов в КСК «Райчихинск»

4.5 Торжественное открытие соревнований состоится 21 февраля 2019 г. в 16:00 часов.

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

5.1 К участию в соревновании допускаются мужские, женские и юношеские (2003 – 2004 г.р.) команды. Тренер – представитель команды – участницы турнира, имеющий в составе команды игроков 2003 – 2004 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.

6.2 Подтверждение об участии в соревнованиях подавать до 10 февраля 2019г. тел. 89619512508 (Александр Петрович Стадник).

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

6.3 В комиссию по регистрации и допуску участников подаются следующие документы: заявки на участие в соревновании команд, подписанные руководителем и заверенные печатью командирующей организации, которые должны содержать отметки врача о допуске каждого участника к соревнованию, заверенные подписью, личной печатью врача и печатью поликлиники, медицинская справка о допуске к участию в соревновании (для спортсменов, не имеющих отметки врача в заявке).

6.4 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.

6.5 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 Система и условия проведения будет определена исходя из количества подтвердившихся команд. При подтверждении менее трех команд соревнование не проводится.

7.3 Сроки предоставления ОО «Амурская областная федерация баскетбола» итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном носителях в государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» в течение 2-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования.

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

8.1 Команды, занявшие призовые места награждаются кубками, дипломами, игроки – грамотами, медалями, призами.

8.2 Призами награждаются лучшие игроки по номинациям: защитник, нападающий, разыгрывающий, MVP, результативный игрок.

Призами награждаются победители конкурсов (бросок сверху, фол, 3-х очковый бросок). Все игроки турнира награждаются призами, вымпелами, проспектами. Призами награждаются по одному лучшему игроку в каждой команде.

## **IX. Условия финансирования**

9.1 Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2 ОО «Амурская областная федерация баскетбола» несет расходы: по приобретению 9 кубков, 99 медалей, 99 грамот, 9 дипломов.

9.3. Администрация города Райчихинска несет расходы по оплате работы судейской бригады.

9.4. За счёт заявочных взносов (мужские команды 4000 рублей, женские команды 3000 рублей, юношеские команды 3000 рублей) осуществляется награждение призами, победителей конкурсов лучших игроков.

9.5 За счет спонсоров проводится награждение ветеранов турнира, организация парада открытия соревнований, фотосессия.

**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)