

Согласовано

Министр по физической
культуре и спорту
Амурской области


Ю.А. Кретов
« 20 апреля » 2019 г.



Согласовано

Исполняющий обязанности
генерального директора ГАУ
АО «РИСБ»


И.В. Каротовская
« 20 апреля » 2019 г.



Утверждаю

Председатель Общественной
организации «Амурская
областная федерация
баскетбола»


Е.Е. Яворская
« 20 апреля » 2019 г.



ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении первенства Амурской области по баскетболу
среди юношей и девушек 2004 – 2005 г.г. р.

(Номер-код вида спорта 0140002611Я)

г. Благовещенск
19 – 23 апреля 2019 года.

I. Общие положения.

1.1 Спортивное соревнование первенство Амурской области по баскетболу среди юношей и девушек 2004-2005 г.г. рождения (далее соревнования) проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Соревнование проводится по «Официальным Правилам ФИБА 2017 года» с изменениями и дополнениями.

1.3 Соревнование проводится для выявления победителя, для формирования сборной команды Амурской области для участия в IX Летней спартакиаде учащихся 2019 г. Во втором этапе Дальневосточного федерального округа.

1.3.1 Пропаганды здорового образа жизни.

1.3.2 Популяризации и развития баскетбола в Амурской области среди молодежи.

1.3.3 Повышения уровня спортивного мастерства юношеских команд баскетболистов.

1.3.4 Определения лучших игроков и тренеров первенства.

1.3.5 Выполнения 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 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, медицинской обеспечение.

3.1 В целях достижения необходимой безопасности зрителей и участников во время соревнования, 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 соревнования и директора спортивного сооружения.

3.3 Участие в соревнованиях и 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 Соревнование среди юношей и девушек 2004-2005 года рождения, проводятся в г. Благовещенска с 19 по 23 апреля 2019 г., спортивные залы по назначению.

4.2 Планируемое количество участников: 300 человек.

4.3 К соревнованию допускаются спортсмены 2004-2005 года рождения. Младшая возрастная группа не допускается, согласно положения о IX Летней спартакиаде учащихся 2019 г. проживающие на территории Амурской области. В составе 12 игроков, тренер, сопровождающий, судья.

4.4 Начало соревнований 19 апреля 2019 г. в 11.00 часов, заседание судейской коллегии состоится 19 апреля 2019 г. в 10.00 часов, торжественное открытие соревнования состоится 20 апреля 2019 г. в 10.00 часов.

V. Требования к участникам и условия их допуска.

5.1 К участию в соревнованиях допускаются учащиеся одной организации (школа, клуб, ДЮСШ, СДЮШОР и т.д.).

5.2 Команды не подтвердившие своего участия, к соревнованиям не допускаются.

VI. Заявки на участие.

6.1 Предварительные заявки на участие присылать не позднее 10 апреля 2019 года ответственному за проведение соревнований. Ответственный Гейко Анна Александровна 89246705123.

6.2 В комиссию по регистрации и допуску участников подаются следующие документы: заявки на участие в соревновании команд, подписанные руководителем и заверенные печатью командирующей организации. Заверенную Руководитель органа исполнительной власти субъекта в области физической культуры и спорта. Заявка должны содержать отметки врача о допуске каждого участника к соревнованию, заверенные подписью, личной печатью врача и печатью поликлиники. Заявка согласно приложению №3.

6.3 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.

6.4 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 Победители определяются по наибольшему количеству набранных очков. При равенстве очков у двух и более команд, победитель определяется по итогам личных встреч.

VIII. Награждение победителей и призеров.

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

IX. Условия финансирования.

9.1 Командировочные расходы (проезд, питание, проживание) за счёт командирующих организаций.

9.2 ОО «Амурская областная федерация баскетбола» несёт расходы, по питанию судей, врача во время проведения соревнований, награждения из причисленных организационных взносов за участие в данном первенстве.

9.3 Организационный взнос – 3000 (три тысячи) рублей, пойдет на питание судейской, рабочей бригады, врачей.

9.4 Порядок и условия сбора денежных средств (заявочного взноса с участников спортивного соревнования ОО «АОФБ» определяет сама и несёт ответственность за свои действия.

Заявочный взнос перечисляется на счет ОО «АОФБ»

Реквизиты Федерации:

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

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)

ОФИЦИАЛЬНАЯ ЗАЯВКАна участие в первенстве Амурской области по IX летней Спартакиаде учащихся (юношеская) России 2019 года

I этап Спартакиады

Спортивная сборная команда _____ по баскетболу
 (субъект Амурской области) (вид спорта)

№№ п/п	Фамилия, Имя*	Статус на соревнованиях Спартакиады (спортсмен, тренер, иное)	Дата рождения	Разряд	Физкультурно- спортивная организация (полное наименование)	Ведомственная принадлежность	Личный тренер	Подпись врача и печать
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

***Фамилии спортсменов печатать в алфавитном порядке!**

Руководитель органа исполнительной власти субъекта в области физической культуры и спорта _____ ()	Допущено к соревнованиям () _____ человек
Руководитель отправляющей организации _____ ()	Врач по допуску _____ () участников
Официальный руководитель делегации _____ ()	печать учреждения где работает Врач и проходили допуск участники соревнований