

Согласовано

Министр по физической культуре и спорту
Амурской области


Ю.А. Крезов
«26» «04» 2019 г.



Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»


А.В. Сенников
«26» «04» 2019 г.



Утверждаю

Председатель общественной организации
"Амурская федерация
баскетбола"


Е.Е. Яворская
«26» «04» 2019 г.



ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении чемпионата Амурской области по баскетболу
среди женских команд

13 – 17 мая 2019 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

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

1.2. Чемпионат 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 Чемпионата:

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;

1.4. Задачи Чемпионата:

1.4.1. Выявить сильнейшие команды Амурской области по баскетболу;

1.4.2. Контролировать подготовку и отбор спортсменов для сборной команды Амурской области;

1.4.3. Выполнить или подтвердить разрядный норматив спортсменами.

1.5. Участникам Чемпионата запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.6. Участникам Чемпионата 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 Чемпионата

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением Чемпионата 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 Чемпионата 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 проведения Чемпионата, 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 Чемпионата и директора спортивного сооружения.

3.3. Участие в Чемпионате 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 Чемпионата медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в режиме ожидания.

IV. Общие сведения о Чемпионате

4.1. Чемпионат проводится 13-17 мая 2019 г., в г. Благовещенск, ул. Чайковского, 16, спортивный зал «Политехник».

4.2. Планируемое количество участников: 72.

4.3. В соревнованиях принимают участие сборные команды городов, районов, клубов, организаций Амурской области.

Состав команды: 12 игроков, 1 тренер, 1 представитель, 1 судья.

4.4. Регламент Чемпионата:

12 мая – день приезда иногородних команд:

16:00 – заседание представителей команд по адресу ул. Ленина 104, ФГБОУ ВО «БГПУ», корп. «Б», ауд. 113 «Б» (факультет ФКиС, 2 этаж)

13 мая – первый день Чемпионата:

16:00-21:00 – игры по расписанию;

19:00 – торжественное открытие.

14 мая – второй день Чемпионата:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

15 мая – третий день Чемпионата:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

16 мая – четвертый день Чемпионата:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

17 мая – пятый день Чемпионата:

16:00-19:00 – игры по расписанию;

19:30 – торжественное закрытие.

В регламенте проведения Чемпионата возможны изменения после проведения заседания с представителями команд.

4.5. Система и условия проведения Чемпионата будет определена исходя из количества заявившихся команд. При подтверждении менее трех команд соревнования не проводятся.

V. Требования к участникам и условия их допуска

5.1. К участию в Чемпионате допускаются игроки, достигшие 18 лет и старше. Тренер, представитель команды участницы Чемпионата, имеющий в составе команды игроков 2000-2003 г.р., предоставляет в главную судейскую коллегия 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 Чемпионате подавать до 05 мая 2019г. тел. 8-924-672-60-62 (Яворская Елена Евгеньевна).

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

6.4. Заявки команд на участие в Чемпионате должны быть подписаны руководителем командирующей организации, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске каждого участника к Чемпионату, заверенные подписью, личной печатью врача и печатью медицинского учреждения.

6.5. Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам Чемпионата: 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 Чемпионате (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 Чемпионата 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. Победители и призеры Чемпионата определяются согласно п. 1.2.

7.2. Сроки предоставления ОО «Амурская областная федерация баскетбола» отчета о проведенном Чемпионате в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней с дня его окончания.

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 кубками, дипломами соответствующих степеней, игроки – грамотами, медалями.

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

IX. Условия финансирования

9.1. Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по предоставлению спортивного сооружения, оплате питания одного судьи.

9.3. ОО «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 целевого взноса), 10% от целевого взноса идет на развитие федерации.

9.4 Сумма целевого взноса – 11.000 рублей (Одиннадцать тысяч рублей) с каждой команды.

9.5 Целевой взнос перечислять на счет ОО «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 чемпионате Амурской области по баскетболу среди женских команд

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(сопровождающий), подтверждаю, что все игроки, включенные в данный заявочный лист, соответствуют всем данным, представленным в заявочном листе, и имеют право участвовать в чемпионате Амурской области по баскетболу среди женских команд.

Число

Тренер _____ / _____ /

<i>Отметить капитана команды (кап.)</i>					
Тренер					
Помощник тренера					
Представитель команды на данном матче					

Цвет формы: _____ / _____

Подпись представителя команды на данном туре _____

Техническая заявка должна быть передана в главную судейскую коллегию перед игрой вместе с листами учёта штрафных санкций.

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)