

Согласовано

Министр по физической культуре и спорту Амурской области



Д.Г. Кутека
2019 г.

Утверждаю

Генеральный директор ГАУ АО «РЦСП»



А.В. Степняков
2019 г.

Утверждаю

Председатель Региональной общественной спортивной организации "Амурская областная Федерация баскетбола"



Е.Б. Яворская
2019 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Кубка Амурской области по баскетболу среди мужских команд

17 – 21 декабря 2019 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

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

1.2. Кубок 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 Кубка:

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 Кубка:

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 Кубка 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 Кубка

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением Кубка осуществляет государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее – ГАУ АО «РЦСП») совместно с Региональной общественной спортивной организацией «Амурская областная Федерация баскетбола» (далее – РОСО «АОФБ»).

2.2. Непосредственное проведение Кубка 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 Кубка, 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 Кубка и директора спортивного сооружения.

3.3. Участие в Кубке 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 Кубка медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в режиме ожидания.

IV. Общие сведения о Кубке

4.1. Кубок проводится 17-21 декабря 2019 г., в г. Благовещенск, ул. Красноармейская, 56, спортивный зал «ДальГАУ» (корпус № 6).

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 Кубка:

16 декабря – 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)

17 декабря – первый день Кубка:

16:00-21:00 – игры по расписанию;

19:00 – торжественное открытие.

18 декабря – второй день Кубка:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

19 декабря – третий день Кубка:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

20 декабря – четвертый день Кубка:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

21 декабря – пятый день Кубка:

10:00-13:00 – игры по расписанию;

15:00 – торжественное закрытие.

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

4.5. Система и условия проведения Кубка 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 Кубке допускаются игроки, достигшие 18 лет и старше. Тренер, представитель команды участницы Чемпионата, имеющий в составе

команды игроков 2001-2003 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 Кубке подавать до 02 декабря 2019г. тел. 8-924-672-60-62 (Яворская Елена Евгеньевна).

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

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

6.5. Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам Кубка: 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 Кубка определяются согласно п. 1.2. настоящего Положения.

7.2. Сроки предоставления РОСО «АОФБ» отчета о проведенном Кубке 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.

9.3. РОСО «АОФБ» 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 – 13.000 рублей (Тринадцать тысяч рублей) с каждой команды.

9.5 Целевой взнос перечислять на счет РОСО «АОФБ»:

РОСО «Амурская областная Федерация баскетбола»

ИНН / КПП 2801036122 / 280101001

Счет № 4070 3810 7001 5000 0144

Банк: Приморский филиал ПАО АКБ «Связь-Банк»

ИНН / КПП 7710301140 / 253643001

БИК 040507870

Адрес: Артиллерийская, 8

тел./факс 770-130

ИМЕННАЯ ЗАЯВКА
на участие в Кубке Амурской области по баскетболу среди мужских 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	18.07.2001 / 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 _____ / _____ /

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)