

Согласовано

Министр по физической культуре и спорту Амурской области



Утверждаю

Генеральный директор ГАУ АО «РНСП»



Утверждаю

Председатель РСО «Амурская областная федерация баскетбола»



ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Открытого Дальневосточного турнира по баскетболу, посвященного памяти кавалера 3-х орденов Славы Б.С. Паршенкова, среди мужских, женских и юношеских команд

(Номер-код вида спорта 0140002611Я)

05 – 08 мая 2021 года
г.Благовещенск

I. Общие положения

1.1. Открытый Дальневосточный турнир по баскетболу, посвященного памяти кавалера 3-х орденов Славы Б.С. Паршенкова, среди мужских, женских и юношеских команд (далее – Турнир), проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Турнир 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 Турнира:

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

1.4. Участникам Турнира запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.5. Участникам Турнира 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 Турнира

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением Турнира 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 «Амурская областная федерация баскетбола»).

2.2. Непосредственное проведение Турнира 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 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 соревнования и директора спортивного сооружения.

3.3. Соревнования проводятся на объектах спорта, включенных во Всероссийский реестр объектов спорта в соответствии с Федеральным законом от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

3.4. Оказание скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2020 года № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях».

3.5. Организаторы обеспечивают участников соревнования медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в режиме ожидания.

3.6 Во исполнение приказа Министерства по физической культуре и спорту Амурской области о мерах по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции № 96 от 12.10.2020г. в целях недопущения распространения на территории Амурской области новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Руководителям подведомственных учреждений, федерациям по видам спорта, органам местного самоуправления и другим организаторам соревнований при проведении спортивных мероприятий различного уровня обеспечить надлежащий контроль по соблюдению требований наличия справки у участников, тренеров, представителей и судей из других субъектов Российской Федерации на отсутствие новой коронавирусной инфекции COVID-19, полученной не ранее 3 календарных дней до начала мероприятия.

IV. Общие сведения о Турнире

4.1. Турнир проводится 05-08 мая 2021 г., в г. Благовещенск, ул. Чайковского, 16, спортивный зал «Политехник», ул. Пушкина 189/1, с/к «Аметис».

4.2. Планируемое количество участников: 120 человек – мужские команды, 120 человек – юношеские команды, 120 человек – женские команды

4.3. В соревнованиях принимают участие мужские, женские, юношеские сборные команды городов, областей, краев, ВУЗов, клубов, предприятий, учреждений, ДЮСШ и коммерческих организаций Дальневосточного и Сибирского федеральных округов, Забайкалья, Республики САХА Якутия, подтвердивших свое участие.

Возраст юношеских команд 2003-2004 гр.

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

4.4. Регламент Турнира:

04 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).

05 мая – первый день Турнира:

13:00-21:00 – игры по расписанию;

17:00 – торжественное открытие.

06 мая – второй день Турнира:

13:00-21:00 – игры по расписанию.

07 мая – третий день Турнира:

13:00-21:00 – игры по расписанию.

08 мая – четвертый день Турнира:

09:00-18:00 – игры по расписанию.

19:30 – торжественное закрытие.

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

4.5. Система и условия проведения Турнира 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 Турнире среди мужских и женских команд допускаются игроки, достигшие 18 лет и старше. Тренер, представитель команды участницы Турнира среди мужских и женских команд, имеющий в составе команды игроков моложе 18 лет, 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 Турнире подавать до 15 апреля 2021 г. тел. 8-924-672-60-62 (Яворская Елена Евгеньевна), 8-924-670-60-61 (Кретов Юрий Александрович).

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

6.4. Заявки команд на участие в Турнире должны быть подписаны руководителем командирующей организации, заверены печатью. Содержать

отметки врача о допуске каждого участника к Турниру, 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 Турнире (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 Турнира 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 Турнира определяются согласно п. 1.2. настоящего Положения.

7.2. Сроки предоставления РОСО «Амурская областная Федерация баскетбола» отчета о проведенном Турнире в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней со 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 – грамотами и ценными призами.

IX. Условия финансирования

9.1. Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по оплате питания в дни соревнований судейской бригаде, рабочей бригаде, медперсоналу, по приобретению 9 кубков, 9 дипломов, 99 грамот, 99 медалей.

9.3. РОСО «Амурская областная Федерация баскетбола» несет расходы по предоставлению услуг спортивного зала, награждению ценными призами (за счет целевого взноса), по организации и проведению церемониалов открытия и закрытия соревнований, доплате питания в дни соревнований судейской бригаде, рабочей бригаде, медперсоналу (за счет целевого взноса). 10% от целевого взноса идет на развитие федерации.

9.4. Сумма целевого взноса с каждой команды: мужские и женские команды: приезжие команды – 3.500 руб. (Три тысячи пятьсот рублей), местные (г.Благовещенск) команды – 7.000 руб. (Семь тысяч рублей); юношеские команды: приезжие команды – 2.000 руб. (Две тысячи рублей), местные (г.Благовещенск) команды – 4.000 руб. (Четыре тысячи рублей);

9.5. Целевой взнос перечислять на счет РОСО «Амурская областная Федерация баскетбола»:

«Банковские реквизиты»:

Наименование организации РОСО

«Амурская областная Федерация баскетбола»

ИНН 2801036122 КПП 280101001

Наименование банка, город Дальневосточный филиал ПАО
"Промсвязьбанк"

р/с № 40703810707000000224

к\с 30101810700000000744

БИК 040813744

ИМЕННАЯ ЗАЯВКА

на участие в Открытом Дальневосточном турнире по баскетболу, посвященного памяти кавалера 3-х орденов Славы Б.С. Паршенкова, среди мужских, женских и юношеских 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 / 20				
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						

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 Дальневосточном турнире по баскетболу посвященного памяти кавалера 3-х орденов Славы Б.С. Паршенкова. среди мужских, женских и юношеских команд,

Число _____

Тренер _____ / _____ /

Дальневосточный турнир по баскетболу,
посвященного памяти кавалера 3-х
орденов Славы Б.С. Паршенкова, среди
мужских, женских и юношеских команд

Заявка на участие в игре

Название команды:

Номер игрока	Фамилия, имя игрока	Разряд, звание	Рост	Вес
Отметить капитана команды (кап.)				
Тренер				
Помощник тренера				
Представитель команды на данном матче				

Цвет формы: _____ / _____
 Подпись представителя команды на данной игре _____

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)