

Утверждаю

Президент Амурской областной  
спортивной общественной органи-  
зация «Федерация волейбола»

  
Р.В. Федоров  
«7» сентября 2021 г.



Утверждаю

Генеральный директор  
ГАУ АО «РЦСП»

  
А.В. Степанов  
«          » сентября 2021 г.



Согласовано

Министр по физической  
культуре и спорту Амурс-  
кой области

  
Д.Е. Кутека  
«          » сентября 2021 г.



## ПОЛОЖЕНИЕ

**О проведении первенства Амурской области по волейболу  
среди девушек и юношей 2007 – 2008 г.р.  
(сезон 2021 – 2022 г.) 1 этап**

(Номер-код вида спорта: 0120002611Я)

08 – 10 октября 2021 г.  
. г. Благовещенск.

## I. Общие положения

1.1. Спортивное мероприятие Первенство Амурской области по волейболу среди юношей и девушек 2007 – 2008 г.р. проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Спортивное соревнование проводится в соответствии с правилами вида спорта волейбол, утвержденными приказом Министерства спорта РФ от 01 ноября 2017 г. № 948.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни

1.3.2. Популяризация и развитие волейбола в Амурской области среди молодежи.

1.3.3. Повышение спортивного мастерства.

1.3.4. Выполнение 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».

1.6. Соревнования проводятся согласно Регламента по организации и проведению официальных физкультурных и спортивных мероприятий на территории Российской Федерации в условиях сохранения рисков распространения COVID-19 (далее - Регламент) разработан на основании положений Федерального закона от 07.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», Федерального закона от 30.03.1999 №

52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 22 мая 2020 г. № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» и направлен на обеспечение безопасных условий при организации и проведении официальных физкультурных и спортивных мероприятий (далее - Мероприятие), включенных в Единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий Минспорта России, в календарные планы физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий субъектов Российской Федерации, муниципальных образований

**Рекомендации по проведению профилактических мероприятий по предупреждению распространения коронавирусной инфекции.**

В связи с неблагоприятной ситуацией по новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и в целях, недопущения распространения заболевания на

территории Российской Федерации необходимо обеспечить соблюдение мер предосторожности, а также проведение профилактических и дезинфекционных мероприятий при проведении личных приемов граждан.

1. Организовать на входе в административное здание контроль температуры тела должностных лиц и граждан, а также обработку рук дезинфицирующими салфетками или кожными антисептиками, предназначенными для этих целей, в том числе, с помощью установленных дозаторов. Отстранять от личного приема должностных лиц и граждан с повышенной температурой тела и/или признаками инфекционного заболевания.

2. Обеспечить обязательное использование должностными лицами и гражданами защитных масок и перчаток. Смена должностными лицами масок и перчаток производится не реже 1 раза в 2 часа.

3. Осуществлять сбор использованных масок и перчаток должностных лиц и граждан в полиэтиленовые мешки с последующей утилизацией как ТБО.

4. Организовать в местах общего пользования (помещение для ожидания личного приема, помещение, предназначенное для проведения личного приема, туалет) зоны обработки рук дезинфицирующими салфетками или кожными антисептиками, предназначенными для этих целей.

5. Обеспечить соблюдение социальной дистанции на расстоянии не менее 1,5 метра при нахождении граждан и должностных лиц в помещении для ожидания личного приема, а также в помещении, предназначенном для проведения личного приема, в общественных местах.

6. Ограничить время личного приема должностными лицами – 20 минут.

7. Установить интервалы между проведением личных приемов не менее 30 минут через каждые 2 часа с целью проведения проветривания и влажной уборки всех контактных поверхностей помещений для проведения личного приема с применением дезинфицирующих средств.

## **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 региональной общественной организацией «Федерация волейбола» (далее – «Федерация волейбола»).

2.2. Непосредственное проведение соревнования 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 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 Соревнования проводятся в г.Благовещенске.

4.2 Сроки проведения: 08 – 10 октября 2021 г.

7 октября – подготовка документации к соревнованиям

8 октября – День приезда команд;

12.00 – 20.00 – игры по расписанию

16.30 – торжественное открытие соревнований

9 октября – второй день соревнования;

9:00 – 20.00 – игры по расписанию;

10 октября – 9.00 – 19.00 игры по расписанию

19.00. – торжественное закрытие соревнований.

10 октября – День отъезда.

11 октября – подготовка отчетной документации.

4.3. Приглашаются команды детско-юношеских школ, спортивных обществ и ведомств, сборные команды городов РФ.

4.4. Соревнования командные, в соревнованиях принимают участие юноши и девушки 2007 – 2008 г.р.

4.5. Планируемое количество участников: 100 человек.

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

5.1. К участию в соревнованиях допускаются юноши и девушки 2009 г.р. Допускается 2 игрока младшего возраста.

5.2. Каждая команда должна предоставить судью в установленной форме (на 12 человек 1 судья).

#### **VI. Заявки на участие**

6.1. Именные заявки, заверенные врачом и документы, подаются в мандатную комиссию в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 25 сентября 2021 г. по телефону или электронному адресу (89246744664 fedorovru2@rambler.ru).

6.2. На мандатную комиссию предоставляются документы: заявки, заверенные врачом и печатью медицинского учреждения, за гран. паспорт или свидетельство о рождении (оригинал), справка школьника, договор о страховании (оригинал).

6.3. 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. Итоги подводятся согласно действующих правил по виду спорта.

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

8.1. Победитель награждается кубком, медалями и дипломом.

8.2. Призеры награждаются медалями и грамотами.

## **IX. Условия финансирования**

9.1. Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации, кроме вызванных судей.

9.2. ГАУ АО Амурской области «РЦСП» несет расходы: услуги спорт сооружений, оплата питания судейской бригаде; оплата питания медперсоналу.

9.3 Федерация волейбола Амурской области несет расходы по награждению кубком медалями и грамотами, и ценными призами (за счет организационного взноса). 10% от организационного взноса идет на развитие федерации.

Сумма организационного взноса 3.000 рублей (Три тысячи рублей) с каждой команды. Команды, не оплатившие организационный взнос, к участию в соревнованиях не допускаются.

Организационный взнос перечислять на счет федерации волейбола Амурской области:

Амурская областная спортивная общественная организация «Федерация волейбола» -

РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ 407 038 102 070 000 000 38

Дальневосточный филиал ПАО «Промсвязьбанк» г.Хабаровск

ИНН 2801113715

БИК 040813744

КПП 280101001

ОГРН 1062800001604

к/счет № 30101810700000000744

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования.**

**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)