



Утверждаю

Председатель Амурской
областной общественной
организации «Федерация
спортивного ориентирования»


М.И. Максименко

2020 г.

Утверждаю

Генеральный директор

ГАУ АО «РЦСП»


А.В. Свешаков

2020 г.

Согласовано

Министр
по физической культуре и
спорту Амурской области


Д.И. Кутека

2020 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении чемпионата и первенства Амурской области
по спортивному ориентированию
среди мужчин и женщин 1999 г.р. и старше,
юниоров и юниорок (до 21 лет) 2000-2001 г.р.
юношей и девушек (до 19 лет) - 2002-2003 г.р.,
юношей и девушек (до 17 лет) - 2004-2005 г.р.,
юношей и девушек (до 15 лет) - 2006-2007 г.р.,
мальчиков и девочек (до 13 лет) – 2008-2009 г.р.

(номер-код спортивной дисциплины: 0830005511Я)

03.10 – 04.10. 2020 года
г. Благовещенск

1. Общие положения

1.1. Спортивное мероприятие чемпионат и первенство Амурской области по спортивному ориентированию, проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Спортивные соревнования проводятся по правилам Федерации спортивного ориентирования России, разработанные с максимально возможным сближением их толкованием с правилами Международной федерацией спортивного ориентирования, с учетом изменений, принятых в 2017 году.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2. Популяризация и развитие спортивного ориентирования в Амурской области.

1.3.3. Вовлечение жителей города и области в занятия спортивным ориентированием.

1.4 Основными задачами соревнований являются:

1.4.1. Выявление сильных спортсменов-ориентировщиков

1.5. При проведении соревнований запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований, а также, 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. В случае возникновения необходимости, обусловленной эпидемиологической ситуацией, проводить тестирование на новую коронавирусную инфекцию COVID19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) участников и персонала мероприятия со сдачей и получением результатов не ранее 3 календарных дней до начала мероприятия, на основании предписаний (предложений) территориальных органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарноэпидемиологический надзор (по месту проведения мероприятия).

2. Права и обязанности организаторов спортивных соревнований

2.1 Общее руководство подготовкой и проведением соревнований осуществляется Государственным автономным учреждением Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее ГАУ АО «РЦСП») совместно с Амурской областной общественной организацией «Федерация спортивного ориентирования» (далее Федерация).

2.2 Непосредственное проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию, утвержденную Федерацией приказом ГАУ АО «РЦСП».

3. 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 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.

4. Общие сведения о спортивном соревновании

4.1. Соревнования проводятся в пригородной зоне г. Благовещенска
03.10-04.10. 2020 года

4.2. Планируемое количество участников: 100 человек.

4.3. Программа соревнований:

03 октября

Работа комиссии по допуску участников - с 12.00 до 12.30

Парад открытия соревнований - 13.00

Старт на дистанции кросс – спринт 13.15

04 октября

Старт на дистанции кросс – классика – 12.00

Награждение победителей и призеров соревнований - 15.00

5. Требования к участникам и условия их допуска

5.1. Соревнования личные, к участию допускаются все желающие спортсмены по возрастным группам:

Мужчины и женщины 1999 г.р. и старше, не ниже 3 разряда

Юниоры и юниорки (до 21 лет) 2000-2001 г.р., не ниже 3 разряда

Юноши и девушки (до 19 лет) - 2002-2003 г.р., не ниже 2 юношеского разряда

Юноши и девушки (до 17 лет) - 2004-2005 г.р., не ниже 2 юношеского разряда

Юноши и девушки (до 15 лет) - 2006-2007 г.р., не ниже 3 юношеского разряда

6. Заявки на участие

6.1 Предварительные заявки на участие, с указанием группы, квалификации и чипа подаются до **01 октября 2020 г.** сайте www.orgeo.ru. Главный судья соревнований Максименко Мария Геннадьевна (моб.т. 89145607789). По телефону заявки не принимаются.

Иногородним участникам, предварительно подтвердившим участие в соревнованиях, оказывается помощь в размещении.

6.2 Перечень документов, предъявляемых участниками организаторам спортивных соревнований: паспорт (свидетельство о рождении), зачетная классификационная книжка, страховой полис обязательного медицинского страхования, оригинал договора о страховании несчастных случаев, жизни и здоровья, медицинская справка (с печатью врача и медицинского учреждения) о допуске к участию в спортивных соревнованиях (для спортсменов, не имеющих отметки врача в заявке на участие в спортивных соревнованиях).

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 (до 14 лет включительно) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по утвержденной форме.

7. Условия подведения итогов

7.1. Занятые места в личном первенстве определяются в соответствии с положением, протоколами и правилами соревнований максимально приближенным к ФСО России по каждой возрастной группе отдельно.

7.2. Сроки предоставления федерацией итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании - не позднее 2-х дней со дня окончания спортивного соревнования.

8. Награждение победителей и призёров

8.1. Победители и призеры соревнований в каждом виде соревнований награждаются грамотами и медалями соответствующих степеней.

9. Условия финансирования

9.1. Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2. Расходы по приобретению наградной атрибутики, по оплате судейской бригаде и медицинскому персоналу несёт ГАУ АО «РЦСП»

9.3. Согласно решению собрания Амурской областной общественной организации «Федерация спортивного ориентирования» сумма заявочных взносов распределена следующим образом:

Мужчины, женщины, ветераны - 400 рублей за два старта

Студенты и дети - 300 рублей за два старта

Аренда чипа - 100 рублей за два старта

Заявочный взнос идет на подготовку и проведения соревнований:

1. Расходы на приобретения бензина для генератора и для перевоза оборудования.

2. Расходы на разметку трассы.

3. Расходы на установку оборудования стартового и финишного городка.

4. Расходы по закупке канцелярских товаров: бумага А4, фотобумага для печати карт, файлы для карт, файлы для номеров, ручки, цветная краска для принтера и другое.

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)