

Согласовано

Министр по физической культуре  
и спорту Амурской области



Утверждаю

Генеральный директор  
ГАУ АО «РЦСП»



Утверждаю

Президент Амурской  
региональной общественной  
организации «Федерация  
спортивной борьбы»



## ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении первенства Дальневосточного федерального округа по вольной борьбе  
среди юношей и девушек до 18 лет

Номер-код вида спорта 0260001611Я

15 – 17 февраля 2019 года  
г. Благовещенск

## **I Общие положения**

1.1 Спортивное мероприятие первенство Дальневосточного федерального округа по вольной борьбе среди юношей и девушек до 18 лет (далее соревнования) проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2 Спортивное соревнование проводится по действующим правилам спортивной борьбы, утверждены приказом Минспорта РФ от 23.07.2014.

1.3 Цели и задачи.

1.3.1 Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2 Популяризация и развитие вольной борьбы в Дальневосточном регионе.

1.3.3 Повышение уровня спортивного мастерства.

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».

## **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 Амурской региональной общественной организацией «Федерация спортивной борьбы» Амурской области (далее АРОО «Федерация спортивной борьбы»).

2.2. Непосредственное проведение соревнований осуществляется главной судейской коллегией, утвержденной федерацией спортивной борьбы и 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. Благовещенск 15 – 17 февраля 2019 года.  
в с/к «Юность» ул. Краснофлотская 6.

4.2 Планируемое количество участников: 120.

4.3 Соревнование личное, к участию допускаются спортсмены: кадеты и кадетки (2002 – 2004 г.р.). Во всех весовых категориях допускается + 1.5 кг.

4.4. Регламент соревнования:

4.4.1 15 февраля (с\к Амур ул. Ленина 160 зал спортивной борьбы):

– 11:00 до 15:00 часов – работа комиссии по допуску

– 15:00 до 16:00 – заседание судейской коллегии.

– 16:00 до 17:00 – жеребьевка участников соревнований во всех весовых категориях.

– 17:00 до 18:00 взвешивание участников во всех весовых категориях.

– 16 февраля ( МУ СОК «Юность» ул. Краснофлотская 6):

– 10:00 – начало соревнования

– 12:00 – состоится торжественное открытие соревнований.

(кадеты) для весовых категорий: 45, 48, 51, 55, 60, 65, 71, 80, 92, 110 кг.

(кадетки) для весовых категорий: 40, 43, 46, 49, 53, 57, 61, 65, 69, 73 кг.

17 февраля( МУ СОК «Юность» ул. Краснофлотская 6):

– 09:00 – Взвешивание участников для всех весовых категорий.

– 11:00 – часов утешительные и финальные встречи для всех весовых категорий

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

5.1 Соревнования личные, к участию допускаются спортсмены: кадеты и кадетки (2002 – 2004 г.р.). спортсмены 2004 года допускаются по спец допуску врача.

#### **VI Заявки на участие**

6.1 Предварительные заявки на участие в спортивном соревновании подаются до 12.02.2019 г. по адресу г. Благовещенск, ул. Ленина 160, или по тел. Чихтисов Арсен Алибекович 8914-560-31-37, Мухамединов Руслан Уахитович 8914-610-02-11. Участникам, предварительно подтвердившим участие в соревнованиях, оказывается помощь в размещении.

6.2 Заявки на участие в спортивном соревновании должны содержать отметки врача о допуске каждого участника к спортивному соревнованию, заверенные подписью и личной печатью врача, а также печатью медицинского учреждения.

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.

7.2. Сроки предоставления АРОО «Федерация спортивной борьбы» итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном носителях в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования.

## **VIII Награждение победителей и призеров**

8.1 Победители и призеры соревнований в каждой весовой категории награждаются грамотами, и медалями соответствующих степеней. Кубками награждаются победители.

## **IX Условия финансирования**

9.1 Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2 Расходы по оплате питания судейской бригады и услуги медицинского персонала в дни соревнований и расходы по приобретению грамот, медалей и кубков, вставок в кубки, командированию главного судьи несет ГАУ АО «РЦСП».

**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)