

Утверждаю

Президент Амурской  
областной общественной  
спортивной организации  
Пауэрлифтинг



В. В. Слабко  
2021 г.

Утверждаю

Генеральный директор  
ГАУ АО «РЦС»



А. В. Степашков  
2021 г.

Согласовано

Министр по физической  
культуре и спорту Амурской  
области



Д. Г. Кутека  
2021 г.

## ПОЛОЖЕНИЕ

О проведении Чемпионата и Первенства Амурской области по пауэрлифтингу памяти Мажарова Н.Л., по троеборью классическому и жиму штанги лежа.

(Номер-код вида спорта: 0740001411Я)

27 – 28 марта 2021 года  
г. Благовещенск

1.1. Спортивное мероприятие Чемпионат и Первенство Амурской области по пауэрлифтингу памяти Мажарова Н.Л., по троеборью классическому и жиму штанги лежа 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 Пауэрлифтинг, утвержденными Приказом Министерства спорта Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1007 в редакции от 20.01.2020г.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни

1.3.2. Популяризация и развитие Пауэрлифтинга в Амурской области.

1.3.3. Повышение спортивного мастерства.

1.3.4. Выполнение разрядных нормативов.

1.3.5. Выявление сильнейших спортсменов в Амурской области.

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. В случае возникновения необходимости, обусловленной эпидемиологической ситуацией, проводить тестирование на новую коронавирусную инфекцию COVID 19 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.

## **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 АООСОП.

2.2. Непосредственное проведение соревнования возлагается на главную судейскую коллегия, утвержденную Президиумом АООСОП и приказом ГАУ АО «РЦСП».

Главный судья соревнований – Слабко Юрий Владимирович.

Главный секретарь соревнований – Семёнов Константин Викторович.

### **III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинское обеспечение**

3.1. При проведении официальных физкультурных мероприятий на объектах спорта, включенных во Всероссийский реестр объектов спорта, в соответствии с Федеральным законом от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», обеспечение безопасности участников и зрителей осуществляется согласно требованиям Правил обеспечения безопасности при проведении официальных спортивных соревнований, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 18 апреля 2014 года № 353, а так же правил соответствующих видов спорта.

3.2. Соревнования проводятся на объектах спорта, включенных во Всероссийский реестр объектов спорта, в соответствии с Федеральным законом от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

3.3 Оказание скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2020г. № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом.

3.4. Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом, а также бригадой скорой медицинской помощи в режиме ожидания.

3.5. Соревнования проводятся в соответствии с Регламентом по организации и проведению официальных физкультурных и спортивных мероприятий на территории РФ в условиях сохранения рисков распространения COVID 19, утвержденным Минспортом России и Роспотребнадзором (с изменениями и дополнениями).

3.6. 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.

### **IV. Общие сведения о спортивном соревновании**

4.1 Соревнования проводятся в г. Благовещенск 27 - 28 марта 2021г., по адресу: ул. Пушкина, 44/2, спорткомплекс СДЮСШОР.

26 марта – День приезда команд;

12:00 ч. – Заседание судейской коллегии;

13:00 ч. – Мандатная комиссия.

Судейская коллегия и Мандатная комиссия будут проходить по адресу: Ленина 197, офис 2002

27 марта – Первый день соревнования;

09:00 ч. – начало соревнования.  
12:00 ч. – торжественное открытие соревнований.  
19:00 ч. – окончание первого дня соревнований.  
28 марта – Второй день соревнования;  
09:00 ч. – начало соревнования.  
17-30 ч. – закрытие соревнования.  
29 марта – День отъезда.

4.2. Приглашаются команды детско-юношеских школ, спортивных обществ и ведомств, сборные команды населенных пунктов Амурской области.

4.3. Соревнования проводятся по следующим категориям:

4.3.1. Соревнования лично-командные, к участию допускаются спортсмены в следующих весовых категориях:

девушки - 43,0; 47,0; 52,0; 57,0; 63,0; 72,0; 84,0; св. 84,0 кг.

юноши - 53,0; 59,0; 66,0; 74,0; 83,0; 93,0; 105,0; 120,0; св.120кг.

женщины - 47,0; 52,0; 57,0; 63,0; 72,0; 84,0; св. 84,0 кг.

мужчины - 59,0; 66,0; 74,0; 83,0; 93,0; 105,0; 120,0; св.120 кг.

4.4. Планируемое количество участников: 70 человек.

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

5.1. К участию в соревнованиях допускаются спортсмены не моложе 12 лет (на день прохождения комиссии).

## **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 15 марта 2021г. на электронную почту [frgamur@mail.ru.](mailto:frgamur@mail.ru), все вопросы по телефону 8 914 5380034

6.2. На взвешивание (комиссию по регистрации и допуску участников) предоставляются документы:

заявки, заверенные врачом и печатью медицинского учреждения,

паспорт, свидетельство о рождении (оригинал),

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.

7.2. Сроки предоставления АОСОП итоговых протоколов о проведенном спортивном соревновании на бумажном и электронном носителях в ГАУ АО «РЦСП» в течение 3-х рабочих дней со дня окончания спортивного соревнования.

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

8.1. Победитель в весовой категории награждается кубком, медалью и грамотой.

8.2. Призеры весовых категорий награждаются медалями и грамотами.

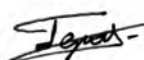
## **IX. Условия финансирования**

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

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по предоставлению спортсооружения, медицинское сопровождение, оплата питания главному судье, секретарю, судьям.

9.3. Награждение кубками, медалями, грамотами, оплата работы и командирование вызванных судей, техническое и спортивное оборудование, осуществляется за счет АОСОП.

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





## З А Я В Л Е Н И Е

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, заполняется спортсменом лично)

\_\_\_\_\_  
(город, регион) (дата рождения) (разряд, звание)  
утверждаю, что не принимал, не принимаю и обязуюсь не принимать никаких запрещённых препаратов (анаболические стероиды, различные виды допинга и пр.), соблюдаю все требования Международного антидопингового кодекса. Я признаю авторитет Международного и Национального антидопинговых агентств. **Мой тренер не рекомендовал, не заставлял, не принуждал меня к применению запрещенных препаратов.**

### ОБЯЗУЮСЬ:

- по первому требованию Дисциплинарного комитета Федерации пауэрлифтинга России, инспекторов РАА "РУСАДА", WADA или по направлению других уполномоченных лиц пройти допинг-контроль;
- в случае уличения меня в нарушении Международных или Общероссийских антидопинговых правил оплатить штраф в установленном размере, а также вернуть денежные средства, которые были выделены на моё участие в соревнованиях.

Настоящим подтверждаю, что в течение последних 12 месяцев я не участвовал в соревнованиях, не санкционированных ФПР (IPF) или другой аккредитованной федерацией, и не являюсь членом других федераций пауэрлифтинга.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись (И.О.Фамилия))



ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью, заполняется тренером лично)

\_\_\_\_\_, тренер спортсмена \_\_\_\_\_

(город, регион) (фамилия, имя)

утверждаю, что я не рекомендовал, не заставлял, не принуждал своего ученика к применению запрещенных препаратов мой ученик не принимал и не будет принимать никаких запрещенных препаратов (анаболические стероиды, различные виды допинга и пр.). Я соблюдаю все требования Международного антидопингового кодекса и признаю авторитет Международного и Национального антидопинговых агентств. ЗАЯВЛЯЮ, что:

- по первому требованию Дисциплинарного комитета Федерации пауэрлифтинга России, инспекторов РАА "РУСАДА», WADA или по направлению других уполномоченных лиц мой ученик пройдет допинг-контроль;
- в случае уличения моего ученика в нарушении Международных или Общероссийских антидопинговых правил я несу солидарную ответственность по исполнению наложенных взысканий.

Настоящим подтверждаю, что в течение последних 12 месяцев я не участвовал в соревнованиях, не санкционированных ФПР (IPF) или другой аккредитованной федерацией, и не являюсь членом других федераций пауэрлифтинга.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (И.О.Фамилия)

## ФЕДЕРАЦИЯ ПАУЭРЛИФТИНГА РОССИИ

Эк	Кл	М	Ж
----	----	---	---

Весовая категория \_\_\_\_\_

Номер жребия \_\_\_\_\_

Фамилия, имя \_\_\_\_\_

Команда (обл., край, респ.) \_\_\_\_\_

*(лично)*

Город \_\_\_\_\_

ДСО \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Разряд \_\_\_\_\_

Лучшая сумма \_\_\_\_\_

Тренеры \_\_\_\_\_

Где показана \_\_\_\_\_

*Заполняется на взвешивании:*

Собственный вес	Первый подход			Подпись спортсмена или его представителя
	Приседание	Жим лежа	Тяга становая	



**ФЕДЕРАЦИЯ ПАУЭРЛИФТИНГА РОССИИ**

Эк	Кл			М	Ж
----	----	--	--	---	---

Весовая категория \_\_\_\_\_

Номер жребия \_\_\_\_\_

Фамилия, имя \_\_\_\_\_

Команда (обл., край, респ.) \_\_\_\_\_

*(лично)*

Город \_\_\_\_\_

ДСО \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Разряд \_\_\_\_\_

Лучшая сумма \_\_\_\_\_

Тренеры \_\_\_\_\_

Где показана \_\_\_\_\_

*Заполняется на взвешивании:*

Собственный вес	Первый подход			Подпись спортсмена или его представителя
	Приседание	Жим лежа	Тяга становая	

**ФЕДЕРАЦИЯ ПАУЭРЛИФТИНГА РОССИИ**  
**ЗАЯВКА**

на участие команды \_\_\_\_\_  
в соревнованиях по \_\_\_\_\_  
пауэрлифтингу \_\_\_\_\_

сроки проведения: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ гор.

Гр.	Фамилия, имя	Год рожд.	Разряд	Город	Вес. кат.	Лучший рез-т	На каких соревн. показан рез-т (за посл.12 мес.)	Тренеры	Виза врача
Эк.									
Эк.									
Эк.									
Кл.									
Кл.									
Кл.									
Судья:					Не может судить категории:				
Судья:									
	(фамилия, имя)		(суд.кат.)	(город)					

Представитель команды: \_\_\_\_\_ К соревнованиям  
допущено: \_\_\_\_\_ человек  
(фамилия, имя, отчество) Врач диспансера: \_\_\_\_\_

Руководитель регионального органа управления физической культурой и спортом

Председатель региональной федерации пауэрлифтинга

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

**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)