

Согласовано

Министр по физической культуре и спорту Амурской области




«25» 03 2022 г.

Д.Г. Кутека
2022 г.

Утверждаю

Генеральный директор
ГАУ АО «РЦСП»




«25» 03 2022 г.

Е.И. Лобанов
2022 г.

Утверждаю

Председатель РОСО «Амурская областная федерация баскетбола»




«25» 03 2022 г.

Е.Е. Яворская
2022 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении чемпионата Амурской области по баскетболу
среди мужских команд

13 – 17 апреля 2022 года
г.Благовещенск

I. Общие положения

1.1. Чемпионат Амурской области по баскетболу среди мужских команд (далее – Соревнования) проводится в соответствии с календарным планом официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий министерства по физической культуре и спорту Амурской области.

1.2. Соревнования проводятся 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 Соревнований:

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;

1.4. Задачи Соревнований:

1.4.1. Выявить сильнейшие команды Амурской области по баскетболу;

1.4.2. Контролировать подготовку и отбор спортсменов для сборной команды Амурской области;

1.4.3. Выполнить или подтвердить разрядный норматив спортсменами.

1.5. Участникам Соревнований запрещается оказывать противоправное влияние на результаты спортивных соревнований.

1.6. Участникам Соревнований 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 Соревнований

2.1. Общее руководство подготовкой и проведением Соревнований 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 «АОФБ»).

2.2. Непосредственное проведение Соревнований 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 прове-

дении 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 Соревнований медицинским персоналом, а также, бригадой скорой медицинской помощи, в режиме ожидания.

IV. Общие сведения о соревнованиях.

4.1. Соревнования проводятся 13-17 апреля 2022 года, в г. Благовещенск, ул. Чайковского, 16, спортивный зал «Политехник». День приезда – 12 апреля 2022 года.

4.2. Планируемое количество участников: 96.

4.3. В соревнованиях принимают участие сборные команды городов, районов, клубов, организаций Амурской области.

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

4.4. Регламент Соревнований:

12 апреля – 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)

13 апреля – первый день Соревнований:

16:00-21:00 – игры по расписанию;

19:00 – торжественное открытие.

14 апреля – второй день Соревнований:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

15 апреля – третий день Соревнований:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

16 апреля – четвертый день Соревнований:

16:00-21:00 – игры по расписанию.

17 апреля – пятый день Соревнований:

10:00-15:00 – игры по расписанию;

15:30 – торжественное закрытие.

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

4.5. Система и условия проведения Соревнований 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 Соревнованиях допускаются игроки, достигшие 18 лет и старше. Тренер, представитель команды участницы Чемпионата, 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 Соревнованиях подавать до 08 апреля 2022 года тел. 8-924-672-60-62 (Яворская Елена Евгеньевна).

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

6.4. Заявки команд на участие в Соревнованиях должны быть подписаны руководителем командирующей организации, заверены печатью. Содержать отметки врача о допуске каждого участника к Соревнованиям, 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 Соревнованиях (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 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 3, 4).

VII. Условия подведения итогов

7.1. Победители и призеры Соревнований определяются согласно п. 1.2. настоящего Положения.

7.2. Сроки предоставления РОСО «АОФБ» отчета о проведенных Соревнованиях в ГАУ АО «РЦСП» в течение 2-х рабочих дней с 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, тренеры – грамотами и ценными призами.

IX. Условия финансирования

9.1. Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2. ГАУ АО «РЦСП» несет расходы:

- предоставление спортивного сооружения;
- оплата питания в дни соревнований судейской бригаде, рабочей бригаде, медперсоналу;

- награждение кубками, дипломами, грамотами и медалями.

9.3. РОСО «АОФБ» несет расходы:

- доплата питания в дни соревнований судейской бригаде, рабочей бригаде, медперсоналу (за счет целевого взноса).

- награждение ценными призами (за счет целевого взноса);

10% от целевого взноса идет на развитие федерации.

9.4. Сумма целевого взноса – **10.000 рублей (Десять тысяч рублей)** с каждой команды.

9.5. Целевой взнос перечислять на счет РОСО «АОФБ».

Финансовые средства перечислять на счет РОСО «АОФБ»:

«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 чемпионате Амурской области по баскетболу среди мужских команд 2022 г.

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 | Иванов Иван Иванович | 18.03.2000 / 21 | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| | 5 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 7 | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |

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 Чемпионате Амурской области по баскетболу среди мужских команд.

Число _____

Тренер _____ / _____ /

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)