Утверждаю
Председатель федерации легкой атлетики Амурской области
_____ В.Р. Левинский
«_____» _____ 2020 г.

Согласовано
Министерство физической культуры и спорту Амурской области
_____ Д.Г. Кутёна
«_____» _____ 2020 г.

Утверждаю
Генеральный директор
ГАУ АО «Региональный центр спортивной подготовки»
_____ А.В. Стеряков
«_____» _____ 2020 г.

Утверждаю
Начальник отдела по ФК и спорту Администрации г. Свободного
_____ А.В. Земляков
«_____» _____ 2020г.

# ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении регионального XX турнира по легкой атлетике памяти В. Шкапа среди мужчин и женщин 2002 г.р. и старше, среди юношей и девушек 2003-2004,2005-2006, 2007 г.р. и младше
(Номер-код вида спорта: 0020001611Я)

г. Свободный
2020 год

## I. Общие положения

1.1 Спортивное соревнование региональный XIX турнир по легкой атлетике памяти В.Н.Шкапа среди мужчин и женщин 2002 г.р. и старше, среди юношей и девушек 2003-2004,2005-2006, 2007 г.р.и младше 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 «легкая атлетика», утвержденными приказом Минспорттуризма России от «12» апреля 2010 г. № 340.

1.3. Цели и задачи:

1.3.1. Пропаганда здорового образа жизни.

1.3.2. Популяризация и развитие легкой атлетики в Амурской области среди молодежи.

1.3.3. Повышение спортивного мастерства легкоатлетов Амурской области.

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».

## 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 областной общественной спортивной организацией «Федерация легкой атлетики» (далее – АООСО «Федерация легкой атлетики»).

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 комиссию по допуску 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 Соревнование проводится в городе Свободном 11 апреля 2020 г. по адресу: ул. Ленина, 44, МАУ СШ № 1.

4.2 Планируемое количество участников 90 человек.

4.3 Регламент соревнования:

4.3.1 10.04.2020 г. – работа с документами по подготовке к соревнованию (главный судья, главный секретарь).

4.3.2 11.04.2020 г. – заседание судейской коллегии в 10:00 ч., начало соревнования в 11:00 ч.

2002 г.р. и старше: начальная высота – девушки – 140 см., юноши-160 см;

2003-2004 г.р. начальная высота: девушки – 130 см., юноши – 150 см;

4.3.3 12.04.2020 г. – подготовка отчетных документов о проведенном соревновании (главный судья, главный секретарь).

## V. Требования к участникам и условия их допуска

5.1 Соревнования проводятся среди мужчин и женщин 2002 г.р. и старше, среди юношей и девушек 2003-2004, 2005-2006, 2007 г.р.и младше

## VI. Заявки на участие

6.1 На заседании судейской коллегии предоставляются, следующие документы: заявки, заверенные врачом и печатью медицинского учреждения, договор о страховании жизни и здоровья спортсмена (оригинал).

6.2. Муниципальные образования должны до 09 апреля 2020 г. подтвердить участие по телефону: 8-(416)-434-43-85, 8-(416)-434-40-21 директор Касилов Алексей Алексеевич, 89146054789 тренер-преподаватель Филатов Валентин Михайлович. Email: svbamursport@gmail.com.

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 АООСО «Федерация легкой атлетики» 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 каждом виде программы награждаются медалью и грамотой.

## IX. Условия финансирования

9.1 Расходы по командированию участников несут командирующие организации.

9.2 ГАУ АО «РЦСП» несет расходы по приобретению грамот, медалей и оплате питания судейской бригады.

9.3 Приобретение кубков осуществляется за счет средств отдела по ФК и спорту Администрации города Свободного.

Приложение № 1

**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)

Приложение № 2

**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)