УТВЕРЖДАЮ	УТВЕРЖДАЮ	«СОГЛАСОВАНО»
Президент Федерации конного спорта Амурской области	Генеральный директор ГАУ АО «РЦСП»	Министр по физической культуре и спорту Амурской области
_____ И.Н. Шишова	_____ А.В Стешаков	_____ Д.Г. Кутека
«29» октября 2020г.	«29» 10 2020г.	«12» 10 2020г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Открытого чемпионата и первенства Амурской области по конному спорту, среди юношей и девушек 2008 г.р., мужчин и женщин.

18 октября 2020 года
г. Благовещенск

I. Общие положения.

1.1 Открытый чемпионат и первенство Амурской области по конному спорту, среди юношей и девушек 2008 г.р., мужчин и женщин 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 вида спорта «конный спорт», от 27.07. 2011г. № 818; регламентом проведения соревнований по конкуру, от 2012г.; ветеринарным регламентом FEI, 12-е изд., действ. с 01.01.2017г.

1.3 Цели и задачи:

1.3.1 Вовлечение всех слоёв населения, и прежде всего молодежи в регулярные занятия физической культурой и спортом.

1.3.2 Формирование высоких нравственных и физических качеств, всесторонние развитие личности.

1.3.3 Укрепление дружеских и спортивных связей.

1.3.4 Выявление лучших лошадей и сильнейших спортсменов Амурской области.

1.3.5 Выполнение разрядных нормативов.

1.3.6 Популяризация и развитие конного спорта в Амурской области.

1.4. 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».

1.5. 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).

1.6. Решением оперативного штаба от 02.10.2020г. №28-03-11/21-6229-2020 по организации проведения мероприятий, направленных на предупреждение завоза и распространения на территории Амурской области новой коронавирусной инфекции при участии в мероприятиях спортсменов из других субъектов РФ обеспечить тестирование на новую коронавирусную инфекцию методом полимеразной цепной реакции участников и тренерского состава не ранее 3 календарных дней до начала 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

Федерацией конного спорта Амурской области (далее ФКС АО).

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

2.3 Главная судейская коллегия

Статус	ФИО	Категория
Главный судья	С.В. Леонтьева	1
ГСК	Л.Е. Грушевская О.В Мезенцева И.Н. Шишова	3 3 3
Главный секретарь	Т.Ю. Кутилова	3
Секретарь (секундометрист)	Л.Б. Толмачева	-
Курс-дизайнер	С.В. Леонтьева	-
Шеф-Стюард	Е.С. Рева	-
Судья на поле	К.А. Емельянова	-
Ветеринарный врач	Н.А. Киселева	-

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 представляется в мандатную комиссию на каждого участника.

3.4 Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом (фельдшер), медицинское сопровождение соревнований обеспечивается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.03.2016 № 134 н.

IV. Общие сведения о спортивном соревновании.

4.1 Соревнования проводятся 18 октября 2020 г. в г. Благовещенск ул.Нагорная, 43а, КСК «Аллюр».

4.2 Планируемое количество участников: 30.

4.4 Начало соревнований в 13.00 часов 18 октября 2020 г

V. Требования к участникам и условия их допуска.

5.1 Возрастные категории участников соревнований:

Категория	Условия допуска
Дети	Допускаются всадники 12-16 лет
Взрослые	Допускаются всадники старше 16 лет
Молодые лошади	Допускаются всадники старше 18 лет

Ветеринарному врачу соревнований при въезде на территорию проведения соревнований предоставляется ветеринарное свидетельство на лошадь (ветпаспорт).

Всадники до фактического достижения 16 лет, не могут принимать участие в соревнованиях на лошадях, моложе 6-ти лет.

Все всадники (под угрозой дисквалификации) обязаны носить защитный шлем, закрепленный ремнями в трех точках все время, находясь в седле. Исключение из этого правила может быть сделано для взрослых спортсменов, которые могут снимать защитный шлем на церемониях награждения.

VI. Заявки на участие.

6.1 Предварительные заявки на участие в спортивных соревнованиях подаются до 17.10.2020 г. по адресу г. Благовещенск, ул. Нагорная, 43а, по электронной почте: kytilova020@mail.ru или по телефону 89622854033.

6.2 Заявки на участие в спортивных соревнованиях заверяются руководителем органа управления в сфере физической культуры и спорта субъекта, заверены печатью. Должны содержать отметки врача о допуске каждого участника к спортивным соревнованиям, заверенные подписью и личной печатью врача, и печатью медицинского учреждения.

6.3 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 о допуске к участию в спортивных соревнованиях (для спортсменов, не имеющих отметки врача в заявке на участие в спортивных соревнованиях), паспорт спортивной лошади ФКСР или FEI, или ветеринарный паспорт. Для спортсменов, которым на день проведения соревнования не исполнилось 18 лет - разрешение от родителей или законного опекуна на участие в соревнованиях по конному спорту (Приложение 1), а также информационное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н. (Приложение 2,3).

VII. Программа соревнований:

13:00	Парад участников в конном строю.
13:10	Маршрут № 1 (до 90 см). «Приближенный к норме времени» ст. 9.8.1.1. Таблица В Квалификационный к выполнению нормативов юношеских разрядов Категория «Дети» Категория «Взрослые»
13:40	Маршрут № 2 (до 100 см) «Приближенный к норме времени» ст. 9.8.1.1. Таблица В Квалификационный к выполнению нормативов юношеских разрядов Категория «Взрослые»
14:10	Маршрут № 3 (до 110 см) «Классический с перепрыжкой после», ст. 9.8.2.2, 13.1.3. Таблица А

	Квалификационный к выполнению нормативов юношеских разрядов Категория «Взрослые»
14:30	Маршрут № 3 (до 70 см) ст. 9.8.1.1. Таблица В Категория «Дети» Категория «Молодые лошади»
15:00	Церемония награждения в пешем строю

VIII. Условия подведения итогов.

7.1 Победители и призеры определяются в каждом зачете, в каждом маршруте.

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

IX. Награждение победителей и призеров.

8.1 Победители (1 место) и призеры (2-е и 3-е места) соревнований определяются в каждом виде программы и награждаются грамотами, кубками, медалями при условии участия в маршруте 5 и более всадников. В случае заявления в маршрут менее 5 всадников награждается только 1 место-победитель.

8.2 Оргкомитет оставляет за собой право учреждать дополнительные призы и награды.

8.3 Награждение победителей и призёров производится в пешем строю по окончании соревнований.

X. Условия финансирования.

9.1 Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации.

9.2 Расходы по оплате питания судейской бригады, медицинскому работнику в дни соревнований, по приобретению 18 кубков, 18 грамот, 18 медалей за счет ГАУ АО «РЦСП».

9.3 Расходы по оплате работы судейской и рабочей бригады, в дни соревнований, по приобретению призов за счет стартовых взносов участников.

9.4 Расходы, связанные с организацией и проведением соревнований, информационной поддержкой, музыкальным сопровождением, арендой спортивной площадки, трибун и конкурных препятствий несут организаторы соревнований.

9.5 Стартовый взнос: категория «Дети» - 1000 рублей за каждый старт;

Категория «Взрослые», «Молодые лошади» - 1500 рублей за каждый старт.

Настоящее положение является официальным вызовом на соревнования.

Приложение 1

Разрешение

Я, _____, разрешаю моему
фамилия, имя, отчество

сыну/моей дочери _____
(ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество)

Участвовать в _____
(наименование мероприятия/дисциплины)

_____.

С положением о проведении соревнований и требованиями техники безопасности ознакомлен(а). О возможных последствиях, связанных с потенциальной опасностью участия в конноспортивных соревнованиях, предупрежден(а).

«__»_____20___ г. _____
(подпись)

Приложение № 2

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 № 3

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)