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

ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Открытого Первенства Амурской области по адаптивному конному спорту. Отборочные к Специальной Олимпиаде по конному спорту

01 ноября 2020 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

1.1 Открытое первенство Амурской области по адаптивному конному спорту 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; Правилами соревнований по паралимпийской выездке 3-е изд., действ. с 01.01.1 2011г. с измен. и дополн., действ. с 01.01. 2016 г.; официальными Генеральными правилами Специальной Олимпиады; ветеринарным регламентом FEI, 12-е изд., действ. с 01.01.2017г.

1.3 Цели и задачи:

1.3.1 пропаганда физической культуры и спорта среди лиц с ограниченными возможностями здоровья;

1.3.2 популяризация конного спорта среди лиц с ограниченными возможностями здоровья;

1.3.3 создание условий для самореализации и самовыражения инвалидов и детей-инвалидов, их общения со сверстниками;

1.3.4 вовлечение в соревновательную деятельность лиц с интеллектуальными и физическими нарушениями.

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. Во исполнение приказа Министерства по физической культуре и спорту Амурской области о мерах по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции №96 от 12.10.2020г. в целях недопущения распространения на территории Амурской области новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Руководителям подведомственных учреждений, федерациям по видам спорта, органам местного самоуправления и другим организаторам соревнований при проведении спортивных мероприятий различного уровня обеспечить надлежащий контроль по соблюдению требований наличия справки у участников, тренеров, представителей и судей из других субъектов Российской Федерации на отсутствие новой коронавирусной инфекции COVTD19, полученной не ранее 3 календарных дней до начала мероприятия.

II. Права и обязанности организаторов спортивных соревнований.

2.1 Общее руководство подготовкой и проведением соревнования осуществляют государственное автономное учреждение Амурской области «Региональный центр спортивной подготовки» (далее - ГАУ АО «РЦСП»), Федерация конного спорта Амурской области (далее ФКС АО) и Амурская региональная общественная спортивная организация «Конноспортивный клуб «Аллюр» (далее АРОСО КСК «Аллюр»).

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	О.В Мезенцева	3
ГСК	Л.Е. Грушевская И.Н. Шишова Л.Б. Толмачева	3 3 -
Главный секретарь	Т.Ю. Кутилова	3
Секретарь (секундометрист)	А.В. Абрамова	-
Курс-дизайнер	Ю. В. Мясникова	-
Шеф-Стюард	Е.С. Рева	-
Судья на поле	К.А. Емельянова	-
Судья на поле	Ю.Ю. Михайлова	
Судья на поле	К.А. Иващенко	
Судья на поле	А.А. Мельников	
Судья на поле	Б. С. Кузнецов	
Медицинский работник	К.В. Степанов	
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 01 ноября 2020 г. в г. Благовещенск ул.Нагорная, 43а, КСК «Аллюр».

4.2 Планируемое количество участников: 25.

4.4 Начало соревнований в 13.00 часов 01 ноября 2020 г

13:00	Церемония открытия соревнований. Приветственное слово организаторов соревнований.
13:10	Соревнования «Паралимпийская выездка» по программе «Предварительный приз дети» Уровень 1 (самостоятельная езда в манеже с присутствием инструктора на маршруте)
13:40	Соревнования по программе «Специальная олимпиада». Манежная езда. Уровень 1 (самостоятельная езда в манеже с присутствием инструктора на маршруте)
14:20	Соревнования по программе «Рабочая тропа» Уровень 1 (с частичным сопровождением спортсмена по маршруту) Уровень 2 (с полным сопровождением спортсмена по маршруту
14:50	Церемония награждения

V. Требования к участникам и условия их допуска.

5.1 К участию в соревнованиях приглашаются спортсмены – инвалиды всех возрастных категорий, начиная с 2015 года рождения и старше, имеющие нарушения функций опорно-двигательного аппарата и интеллектуального развития (умственную отсталость).

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 31.10.2020 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. Условия подведения итогов.

7.1 Итоги подводятся, согласно, действующих правил по виду спорта.

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

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

VIII. 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.

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.

IX. 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, 25 грамот - за счет ГАУ АО «РЦСП».

9.3 Расходы по оплате работы судейской и рабочей бригады, в дни соревнований, по приобретению кубков, медалей, призов за счет АРОСО КСК «Аллюр».

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

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)