Утверждаю	Утверждаю	Согласовано
Президент Амурской областной общественной спортивной организации Пауэрлифтинга	Генеральный директор ГАУ АО «РЦСП»	Министр по физической культуре и спорту Амурской области
_____ Ю.В. Слабко	_____ А.В. Стешаков	_____ Д.Г. Кутека
«25» 09 2020 г.	«_____» _____ 2020 г.	«_____» _____ 2020 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

О проведении Чемпионата Амурской области по троеборью, троеборью классическому и жиму штанги лежа среди мужчин и женщин, юношей и девушек до 18 лет

(Номер-код вида спорта: 0740001411Я)

31 октября – 01 ноября 2020 года
г. Благовещенск

I. Общие положения

1.1. Спортивное мероприятие Чемпионат Амурской области по троеборью, троеборью классическому и жиму штанги лежа среди мужчин и женщин, юношей и девушек до 18 лет, 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 среди молодежи.

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 короновирусную 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 коллегию, 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.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 мандатную комиссию 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 Соревнования проводятся в г. Благовещенск 31 октября – 01 ноября 2020г., по адресу: ул. Пушкина, 44/2, спорткомплекс СДЮСШОР.

30 октября – 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
31 октября – Первый день соревнования;
09:00 ч. – начало соревнования.
12:00 ч. – торжественное открытие соревнований.
19:00 ч. – окончание первого дня соревнований.
01 ноября – Второй день соревнования;
09:00 ч. – начало соревнования.
17-30 ч. – закрытие соревнования.
01 ноября – День отъезда.

4.2. Приглашаются команды детско-юношеских школ, спортивных обществ и ведомств, сборные команды городов РФ.

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. Документы и именные заявки, заверенные врачом, подаются в мандатную комиссию в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 25 октября 2020 г. на электронную почту fpramur@mail.ru., все вопросы по телефону 8 914 538 00 34

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 АООСОП 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, оплате главному судье и главному секретарю соревнований.

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

Данное положение является официальным вызовом на соревнования.

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)

В Федерацию пауэрлифтинга России

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)

В Федерацию пауэрлифтинга России

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 препаратови мой ученик не принимал и не будет принимать никаких запрещённых 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 пройдёт 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

З А Я В К А

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: _____
(фамилия, имя, отчество)

К соревнованиям допущено: _____ **человек**
Врач диспансера: _____

Руководитель регионального органа управления физической культурой и спортом

_____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)

Председатель региональной федерации пауэрлифтинга

_____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия)