

Утверждаю

Президент Амурской областной  
общественной спортивной  
организации Пауэрлифтинга



Ю.В. Слабко

2022 г.

Утверждаю

Генеральный директор  
Центра спортивного  
подготовки



Е.И. Лобанов

2022 г.

Согласовано

Министр по физической  
культуре и спорту Амурской  
области



Д.Г. Кутека

2022 г.

## ПОЛОЖЕНИЕ

О проведении Кубка Амурской области по пауэрлифтингу, (троеборье, троеборье классическое и жим штанги лежа)

(Номер-код вида спорта: 0740001411Я)

г. Благовещенск  
28-29 мая 2022г.

## **I. Общие положения**

1.1. Спортивное мероприятие **Кубок Амурской области по пауэрлифтингу, (троеборье, троеборье классическое и жим штанги лежа)**, 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.

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 коронавирусную 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 Амурская Областная Общественная Спортивная Организация Пауэрлифтинга (далее - АООСОП).

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

Главный судья соревнований – Билько Михаил Александрович.

Главный секретарь соревнований – Семёнов Константин Викторович.

## **III. Обеспечение безопасности участников и зрителей, медицинское обеспечение**

3.1. При проведении официальных физкультурных мероприятий на объектах спорта, включенных во Всероссийский реестр объектов спорта, в соответствии с

Федеральным законом от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», обеспечение безопасности участников и зрителей осуществляется согласно требованиям Правил обеспечения безопасности при проведении официальных спортивных соревнований, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 18 апреля 2014 года № 353, а так же правил соответствующих видов спорта.

3.2. Соревнования проводятся на объектах спорта, включенных во Всероссийский реестр объектов спорта, в соответствии с Федеральным законом от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

3.3 Оказание скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2020г. № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом».

3.4. Организаторы обеспечивают участников спортивного мероприятия медицинским персоналом, а также бригадой скорой медицинской помощи в режиме ожидания.

3.5. 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.

#### **IV. Общие сведения о спортивном соревновании**

4.1 Соревнования проводятся в г. Благовещенск 28-29 мая 2022г., по адресу: ул. Октябрьская, 173/1, спорткомплекс ОЛИМП.

27 мая – День приезда команд;

12:00 ч. – Заседание судейской коллегии;

13:00 ч. – Мандатная комиссия.

Судейская коллегия и Мандатная комиссия будут проходить по адресу: ул. Калинина 116/2, офис 12.

28 мая – Первый день соревнования;

09:00 ч. – начало соревнования.

12:00 ч. – торжественное открытие соревнований.

19:00 ч. – окончание первого дня соревнований.

29 мая – Второй день соревнования;

09:00 ч. – начало соревнования.

17-30 ч. – закрытие соревнования.

28 февраля – День отъезда.

4.2. Приглашаются команды детско-юношеских школ, спортивных обществ и ведомств, сборные команды населенных пунктов Амурской области.

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: 60 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. Именные заявки, заверенные врачом и документы, подаются в мандатную комиссию в день приезда. Предварительное подтверждение об участии присылать до 18 мая 2022г. на электронную почту [fpramur@mail.ru](mailto:fpramur@mail.ru), все вопросы по телефону 8 914 5380034

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),  
стартовый взнос,  
заявление о неупотреблении запрещенных веществ.

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 АОСОП 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 в тоеборье и тоеборье классическом награждается кубком, медалью и грамотой.

8.2. Призеры весовых категорий награждаются медалями и грамотами.

8.3. Победители и Призеры в жиме штанги лежа награждаются медалями и грамотами.

## **IX. Условия финансирования**

9.1. Расходы по командированию участников и судей несут командирующие организации, кроме вызванных судей.

9.2. АОСОП несет расходы по оплате питания судей, медицинскому сопровождению, награждению кубками медалями и грамотами команд победителей, абсолютных победителей Чемпионата.

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

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования.**

**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)



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.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ 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 препаратов мой ученик не принимал и не будет принимать никаких запрещенных 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 пройдет 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.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ 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  
ЗАЯВКА**

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

Председатель региональной федерации пауэрлифтинга

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)