

«УТВЕРЖДАЮ»

Руководитель
государственного бюджетного
учреждения Краснодарского
края «Центр развития спорта»

В. П. Калпакьянц

2017 года

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель Краснодарского
краевого отделения
Всероссийского общества
слепых

Ю. С. Третьяк

2017 года

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель министра
физической культуры
и спорта Краснодарского края

В. Е. Пермяков

2017 года



ПОЛОЖЕНИЕ О КРАЕВОМ ФЕСТИВАЛЕ ШАХМАТ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

1. Цель и задачи проведения

Краевой фестиваль шахмат среди инвалидов по зрению (далее – Фестиваль) проводится в рамках реализации государственной программы Краснодарского края «Доступная среда».

Цели Фестиваля:

- создание условий для реабилитации инвалидов, обеспечивая их интеграцию в общество;
- показать силу духа и физические возможности спортсменов-инвалидов;
- популяризация адаптивного спорта среди инвалидов.

Задачи Фестиваля:

- проверка состояния работы с инвалидами по развитию адаптивного спорта как средства адаптации и укрепления здоровья;
- выявление сильнейших спортсменов и муниципальных образований Краснодарского края;
- формирование сборной команды Краснодарского края для участия во всероссийских соревнованиях.

2. Организаторы мероприятия

Общее руководство проведением Фестиваля осуществляется министерством физической культуры и спорта Краснодарского края.

Непосредственное проведение соревнований возлагается на государственное бюджетное учреждение Краснодарского края «Центр развития спорта» (далее – ГБУ КК ЦРС) и главную судейскую коллегияю.

3. Календарь соревнований

№ п/п	Наименование спортивного соревнования	Возрастная группа	Сроки проведения	Место проведения
1.	Краевой фестиваль шахмат среди инвалидов по зрению	мужчины, женщины	1-7 сентября 2017 г.	ст. Голубицкая (Темрюкский р-н)

4. Обеспечение безопасности участников и зрителей

Фестиваль проводится на спортивном сооружении Краснодарского края, отвечающем требованиям соответствующих нормативных правовых актов, действующих на территории Российской Федерации и направленных на обеспечение общественного порядка и безопасности участников и зрителей.

Ответственные и исполнители: руководитель спортивного сооружения, главный спортивный судья.

5. Страхование участников

Участие в Фестивале осуществляется только при наличии оригинала договора страхования жизни и здоровья от несчастных случаев, который представляется в комиссию по допуску участников в день приезда.

6. Требования к участникам и условия их допуска

К участию в Фестивале допускаются 30 человек (включая сопровождающих) с нарушением зрения (класс В-1, В-2, В-3) муниципальных образований Краснодарского края.

Состав участников определяет Краснодарское краевое отделение ВОС.

Возраст участников 14 лет и старше, пол участников не ограничен.

7. Программа

Дата	Время	Программа дня
1 сентября 2017 г.	С 11.00 до 16.00 часов	Приезд участников, работа комиссии по допуску.
	16.15 часов	Совещание ГСК с участниками.
	16.45 часов	Жеребьевка.
	17.00 часов	Соревнования.
2-6 сентября 2017 г.	9.00-19.00 часов	Соревнования.
7 сентября 2016 г.	9.00-12.00 часов	Соревнования.
	13.00 часов	Подведение итогов, награждение.
	15.00 часов	Отъезд участников.

В зависимости от количества участников соревнований, главная судейская коллегия может вносить изменение в расписание.

8. Условия подведения итогов

Соревнования личные.

Соревнования проводятся отдельно среди мужчин и женщин в соответствии с правилами соревнований по шахматам, действующими на территории Российской Федерации на момент проведения Фестиваля.

Система проведения соревнований будет определена главной судейской коллегией в зависимости от количества участников.

9. Награждение

Участники, занявшие 1, 2 и 3 место (мужчины и женщины) в соревнованиях, награждаются грамотами и медалями министерства физической культуры и спорта Краснодарского края.

Участники, занявшие 1 место (мужчины и женщины), также награждаются личными (денежными) призами.

10. Условия финансирования

Расходы ГБУ КК ЦРС за счет средств целевой субсидии в рамках реализации государственной программы Краснодарского края «Доступная среда»:

- проживание участников Фестиваля и сопровождающих;
- питание участникам Фестиваля и сопровождающим;
- оплата услуг спортивных судей, привлеченных специалистов и обслуживающего персонала;
- личные призы (денежные) за 1 место.

Расходы ГБУ КК ЦРС за счет субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в 2017 году:

- награждение победителей и призеров медалями и грамотами министерства физической культуры и спорта Краснодарского края.

Расходы органов управления физической культурой и спортом муниципальных образований Краснодарского края:

- оплата проезда участников Фестиваля и сопровождающих в оба конца;
- оплата суточных.

Страхование участников соревнований производится за счёт средств бюджетов муниципальных образований и внебюджетных средств, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края.

11. Заявки на участие

В срок **до 20 августа 2017 года** необходимо направить предварительные заявки (подтверждения), утвержденные органом управления физической культуры и спорта муниципального образования и отделением ВОС в отдел Краснодарской КО ВОС по адресу: 350072, г.Краснодар, ул.Зиповская, 11. Факс **8-(861)252-44-80**. Электронная почта **krdkko@yandex.ru**

Для участия в Фестивале необходимо предоставить в комиссию по допуску участников следующие документы:

- именная заявка на участие в соревнованиях (с отметкой врача о допуске к соревнованиям);
- паспорт (подлинник) и ксерокопия паспорта всех участников команды, включая сопровождающего (при наличии);
- копия СНИЛС;
- справка (подлинник) и ксерокопия справки МСЭ об инвалидности;

- договор (подлинник) страхования жизни и здоровья;
- командировочное удостоверение (при необходимости).

Именные заявки подаются в день проведения комиссии по допуску участников (Приложение).

**ДАННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ОФИЦИАЛЬНЫМ ВЫЗОВОМ НА СОРЕВНОВАНИЯ**

Приложение
к Положению о краевом
фестивале шахмат среди
инвалидов по зрению

**Именная заявка
на участие в краевом фестивале шахмат
среди инвалидов по зрению**

«1-4» сентября 2017 года

ст. Голубицкая

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Дата рождения	Группа инвалидности	Класс (В1, В2, В3)	№ справки МСЭ (ВТЭ)	Адрес постоянного места жительства	Паспортные данные (номер, серия, кем и когда выдан)	СНИЛС	Подпись и печать врача
1									
2									

Представитель команды _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Всего допущено человек: _____ Врач _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, имя, отчество) М.П.

Председатель МО ВОС _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, имя, отчество) М.П.

Начальник управления ФК и С администрации МО _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, имя, отчество) М.П.