



Утверждаю:
И.о. директора ВК НМЦРОиДО
«Дарын» УО ВКО
Г. Елемесова

2024 г.

РЕГЛАМЕНТ по проведению Областного турнира Казахстанской Специальной Олимпиады по легкой атлетике

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Регламент Областного турнира Казахстанской Специальной Олимпиады по легкой атлетике (далее - Турнир) разработан в соответствии с регламентом Республиканского турнира Казахстанской Специальной Олимпиады по легкой атлетике.

2. Целями проведения Турнира являются: пропаганда Специального Олимпийского движения; вовлечение новых спортсменов с ограниченными интеллектуальными возможностями в занятие спортом, их социализация и интеграция в общество; привлечение внимания и изменение отношения общества, государственных и общественных организаций к людям с ограниченными интеллектуальными возможностями.

II. РУКОВОДСТВО ПРОВЕДЕНИЕМ ТУРНИРА

3. Общее руководство по организации и непосредственное проведение Турнира осуществляется Восточно-Казахстанским научно-методическим центром развития одаренности и дополнительного образования «Дарын» управления образования Восточно-Казахстанской области (далее – ВК НМЦРОиДО «Дарын»).

III. МЕСТО И СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ТУРНИРА

4. Турнир проводится **12 сентября 2024 года в городе Усть-Каменогорск.**

IV. УЧАСТНИКИ, УСЛОВИЯ ИХ ДОПУСКА

5. В Турнире могут принимать участие команды медико-социальных учреждений (МСУ) и специальных школ, на основе поданных заявок (Приложение 1).

V. СИСТЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ТУРНИРА

6. Турнир проводится в соответствии со Спортивными Правилами Special Olympics Inc. Система проведения соревнований будет определена судейской коллегией:
- бег 50 м, 100 м, 200 м;
 - прыжок в длину с места;
 - метание мяча;
 - эстафета 4x100 м (2 девушки, 2 юноши).

VI. СОСТАВ КОМАНД

7. Состав команд: 12 человек – 4 девушек, 4 юношей, 2 тренера, 1 врач, 1 руководитель команды.

VII. ПОЛ И ВОЗРАСТ УЧАСТНИКОВ

8. К Турниру допускаются девушки и юноши. Дивизирование проводится в следующих возрастных группах: 12-15 лет; 16-21 год.

VIII. СИСТЕМА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

9. Победители и призеры Турнира определяются в каждой возрастной группе, в соответствии с правилами Special Olympics Inc.

IX. МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

10. Организаторы Турнира обеспечивают медицинское обслуживание и медикаменты на время проведения соревнований.

X. АНТИДОПИНГОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

11. Все спортсмены должны соблюдать правила антидопингового кодекса ВАДА.

XI. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ СУДЕЙСКОЙ КОЛЛЕГИИ

12. Судейская коллегия состоит из Главного судьи Турнира, секретаря и судей на дистанциях.

XII. ПОРЯДОК И СРОКИ ПОДАЧИ ЗАЯВОК НА УЧАСТИЕ

13. Заявка оформляется строго по форме (Приложение 1), подписывается директором филиала КСО (руководителем МСУ). Заявки направляются до **6 сентября 2024** года на электронный адрес: sporturizm@shygyrdaryn.kz.

Команды своевременно не подавшие заявки, к участию в Турнире не допускаются.

XIII. ПОРЯДОК ПОДАЧИ ПРОТЕСТОВ И ИХ РАССМОТРЕНИЕ

14. Протесты принимаются судьейской коллегией не позднее 30 минут после окончания Турнира от представителя команды и рассматриваются незамедлительно.

XIV. ПОРЯДОК НАГРАЖДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ

15. Участники Турнира в каждом дивизионе, занявшие 1-3 места, награждаются кубками, медалями и дипломами.

XV. ФИНАНСИРОВАНИЕ

16. Финансирование Турнира осуществляется ВК НМЦРОиДО «Дарын» согласно утвержденной смете.

17. Расходы, связанные с командированием команд (проезд в оба конца, суточные в пути), приобретением игровой формы оплачивает командирующая организация.

Контактный телефон: 8(7232)702674.

ЗАЯВКА
На участие в Областном турнире
Казахстанской Специальной Олимпиады по легкой атлетике
12.09.2024 г., Усть- Каменогорск

От команды _____
 (наименование учреждения, район/город)

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Пол	Атлет/партнер	Диагноз (шифр МКБ)	Допуск врача	Примечание
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

К участию в турнире допущено _____ человек.

Врач _____

_____МП
 (подпись)

Ответственность за жизнь, безопасность атлетов, внешний вид, поведение, сохранность их имущества несут тренер и представитель команды.

Тренер _____
 (ФИО)

Контактный телефон _____

_____ (подпись)

Представитель команды _____
 (ФИО)

Контактный телефон _____

_____ (подпись)

Директор _____
 (наименование)

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

Примечание:

К участию допускаются атлеты с ограниченными интеллектуальными возможностями (умственная отсталость) разного уровня способностей. На участников синдромом Дауна необходимо иметь заключение врача а порезультатам ренгеноскопии области шеи.