УТВЕРЖДАЮ

Директор

ГАУ РК «Центр спортивных мероприятий и пропаганды физической культуры и спорта»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Малышев В.Х.

УТВЕРЖДАЮ

Президент РСОО

«Федерация бадминтона Республики Коми»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ушаков А.К.

**П О Л О Ж Е Н И Е**

**о проведении II -го этапа малого Кубка Республики Коми 2016-2017 по бадминтону**

**Цели и задачи**

Соревнования проводятся с целью популяризации бадминтона, развития его массовости, повышения спортивного мастерства участников, выявления сильнейших спортсменов, подготовки спортивного резерва, обмена опытом, выполнения и подтверждения спортивных разрядов, выполнения требований спортивной подготовки.

**Срок и место проведения**

Соревнования состоятся **02 апреля 2017 года** в спортивном зале ГАУ РК "Центр спортивных мероприятий и пропаганды физической культуры и спорта" по адресу **г.Сыктывкар, ул.Школьная, д.13** на четырех кортах. **Регистрация c 0930. Начало игр в 1000.** Проезд автобусами №1, 7, 23, 25, 26, 46 до остановки «Школьная».

В целях обеспечения безопасности зрителей и участников соревнования проводятся на спортивных сооружениях, принятых к эксплуатации госкомиссиями, и при условии наличия актов технического обследования готовности спортивного сооружения к проведению мероприятия в соответствии с положением о мерах по обеспечению общественного порядка и безопасности, а также эвакуации и оповещения участников и зрителей при проведении массовых спортивных мероприятий.

**Руководство**

Общее руководство организацией и проведением соревнований осуществляет Министерство Республики Коми по физической культуре и спорту. Непосредственное проведение возлагается на РСОО «Федерация бадминтона Республики Коми» и судейскую коллегию.

**Участники соревнований**

К участию допускаются спортсмены Республики Коми, не достигшие 18 лет. Каждый участник соревнований должен иметь действующий медицинский допуск спортивного диспансера или разовую медицинскую справку на участие в соревнованиях или родительскую расписку, подтверждающую персональную ответственность за здоровье ребенка на время проведения соревнований. Все участники должны иметь действующую страховку от несчастного случая на дни соревнований.

**Система проведения**

Система проведения соревнований будет определена главным судьей в соответствии с классом игры участников и их количества в каждой группе.

 **Игры проводятся пластиковыми-medium воланами участников.** Марка воланов – Yonex и другие сертифицированные BWF. Возможность приобретения воланов на месте гарантируется. Предпочтение отдается волану лучшего качества.

**Финансирование**

Общее финансирование мероприятия (медали, грамоты, помещение) обеспечивает ГАУ РК "Центр спортивных мероприятий и пропаганды физической культуры и спорта".

**Награждение победителей**

Победители и призеры награждаются медалями и дипломами соответствующих степеней.

**Заявки**

Предварительные заявки (приложение №1) на участие подаются до **01 апреля 2017 года** по факсу: (8212) 237-409 или на е-mail: badm-komi@mail.ru

Телефон для справок: (8212) 35-60-77 - Духовской Максим Евгеньевич.

**ДАННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОФИЦИАЛЬНЫМ ВЫЗОВОМ НА СОРЕВНОВАНИЯ**

Приложение №1

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАЯВКА**

**на участие во II-м этапе малого Кубка Республики Коми 2016-2017 по бадминтону**

Наименование направляющей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Дата рождения | Домашний адрес | Виза врача (фельдшера) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

Допущено \_\_\_\_\_ игроков Врач (фельдшер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Руководитель (тренер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, тел.)

Руководитель направляющей организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, тел.)

М.П.