|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «СОГЛАСОВАНО»  Глава  Ибресинского муниципального округа  Чувашской Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Г. Семенов | «СОГЛАСОВАНО»  Директор МАУ ДО «СШ- «Патвар» Ибресинского муниципального округа  Чувашской Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Б.Д. Богатырёв | «УТВЕРЖДАЮ»  Начальник Климовского территориального отдела Ибресинского муниципального округа  Чувашской Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.В. Никонов |

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о проведении районных соревнований по легкой атлетике**

**на призы кавалера ордена «Мужества» А.С. Аширова**

1. **Цели и задачи**

Открытые районные соревнования по легкой атлетике на призы кавалера ордена «Мужества» А.С. Аширова (далее – Соревнования) проводятся в целях популяризации бега, привлечения широких слоев населения к систематическим занятиям физической культурой и спортом, патриотического воспитания детей, подростков и молодежи, повышения спортивного мастерства и выявления сильнейших спортсменов района.

1. **Сроки и место проведения**

Соревнования проводятся на стадионе «Спартак» п. Ибреси 09 сентября 2023 года. Регистрация команд с 09.30 ч. до 10.30 ч. Торжественное открытие в 10.40 ч. Начало соревнований в 11.00 ч.

1. **Участники и программа соревнований**

Соревнования командные. Участвуют команды предприятий, учреждений, организаций, сельских поселений и учреждений образования района. Один и тот же участник не может выступать более чем за одну команду. Результаты соревнований идут в зачет Спартакиады школьников Ибресинского муниципального округа

Программа соревнований:

1 группа – основные образовательные школы. В этой группе участвуют команды основных общеобразовательных школ. Состав команды 6 человек: 3 юношей и 3 девушки. Все этапы по 400 метров.

2 группа – средние общеобразовательные школы, проводится по двум возрастным подгруппам:

-1 подгруппа – команды средних общеобразовательных школ по 9 класс. Состав команды 6 человек: 3 юношей и 3 девушки. Все этапы по 400 метров.

-2 подгруппа - команды средних общеобразовательных школ – сборная (с обязательным участием в составе команды не менее 2-х обучающихся 10 – 11 классов). Состав команды 4 человека: 2 юношей и 2 девушки. Все этапы по 400 метров.

3 группа – команды предприятий, учреждений, организаций, поселений. Состав команды 4 человека: 2 мужчин и 2 женщины. Возраст участников – 18 лет и старше. Все этапы по 400 метров.

Коррекционная школа допускается в группе средних общеобразовательных школ по 9 класс. Результаты соревнований не учитываются в зачет Спартакиады школьников Ибресинского муниципального округа.

1. **Финансовые условия соревнований**

Расходы по оплате судей, награждению медалями, дипломами, кубками и ценными призами победителей за счёт спонсорских средств. Расходы по организации проведения Открытых районных соревнований по легкой атлетике на призы кавалера ордена «Мужества» А.С. Аширова несёт Климовский территориальный отдел Ибресинского муниципального округа Чувашской Республики. Расходы по командированию команд несут командирующие организации.

1. **Награждение**

Команды, занявшие первые места в эстафете по группе, награждаются медалями, дипломами и кубками. Команды, занявшие вторые и третьи места, награждаются медалями и дипломами. Победители награждаются призами спонсоров.

1. **Заявки**

Именные заявки (приложение №1), заверенные медицинским учреждением и руководителем, подаются в судейскую коллегию в день соревнований.

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования**

Приложение №1

**ЗАЯВКА**

**на участие в Открытом легкоатлетическом эстафетном пробеге**

**на призы кавалера ордена «Мужества» А.С. Аширова**

от команды «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения, организации, поселения)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ п.п. | Фамилия, имя, отчество (полностью) | Число, месяц и год рождения | Место жительства | Виза врача и печать по каждому участнику |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

Представитель команды: Врач:

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность (указать) Ф.И.О. указать

(печать учреждения) (печать поликлиники или врача)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_