

АДМИНИСТРАЦИЯ НЮКСЕНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА

ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**П О С Т А Н О В Л Е Н И Е**

от 20.11.2024 № 402

с. Нюксеница

Об утверждении положения о проведении межмуниципальных соревнований среди женских ветеранских команд по волейболу

С целью популяризации здорового образа жизни и спорта, в рамках проведения спортивных мероприятий Нюксенского муниципального округа, руководствуясь статьями 36,38 Устава Нюксенского муниципального округа, ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить прилагаемое положение о проведении межмуниципальных соревнований среди женских ветеранских команд по волейболу.

2. Назначить ответственным за проведение мероприятия главного специалиста отдела культуры, спорта и молодежной политики администрации Нюксенского муниципального округа Шушкову Г.М

Заместитель главы Нюксенского

муниципального округа, начальник УНХК А.А. Чупров

УТВЕРЖДЕНО

постановлением администрации

Нюксенского муниципального округа

от 20.11.2024 № 402

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о проведении межмуниципальных соревнований по волейболу**

**среди женских ветеранских команд.**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Цели и задачи:

* популяризация волейбола среди населения;
* пропаганда здорового образа жизни;
* укрепление дружеских связей.

**2.СРОКИ И МЕСТО:**

Соревнования проводятся 15 декабря 2024 года по адресу: с. Нюксеница ул. Рубцова д. 4 ФОК «Газовик».

Начало соревнований в 10:00 часов.

**3. ПРОГРАММА СОРЕВНОВАНИЙ:**

9:00 - Жеребьевка

9:20 - Открытие соревнований

10:00 - Начало игр.

Подведение итогов, награждение.

**4. СОСТАВ КОМАНДЫ:**

К участию в Соревнованиях допускаются женские ветеранские команды Вологодской области и других субъектов Российской Федерации.

Состав команды 8 человек, 1 представитель.

Возраст игроков:

1 участник от 40 лет и старше

2 участника от 50 -55 лет

Остальные участники от 55лет и старше.

**5. РУКОВОДСТВО ПРОВЕДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ:**

Общее руководство подготовкой и проведением турнира осуществляет главный специалист отдела культуры, спорта и молодёжной политики администрации Нюксенского муниципального округа Шушкова Г.М

Непосредственная организация и проведение соревнований возлагается на главную судейскую коллегию.

**6. УСЛОВИЯ ПОДВЕДЕНИЯ ИТОГОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОБЕДИТЕЛЕЙ:**

Система розыгрыша и количество партий в каждой встрече определяется на заседании судейской коллегии в день проведения соревнований. Соревнования проводятся из трех партий до 25 очков с перевесом в 2 очка. Третья партия проводится до 15 очков с перевесом в 2 очка. Команды-победители определяются по наибольшей сумме очков набранных в результате проведенных встреч.

**6. НАГРАЖДЕНИЕ:**

Команды, занявшие 1-3 места, награждаются грамотами и медалями администрации Нюксенского муниципального округа.

**7. ФИНАНСИРОВАНИЕ:**

Проезд команд к месту соревнований и питание участников за счет средств командирующих организаций или личных средств участников. Расходы, связанные с непосредственным проведением соревнований за счет средств бюджета в рамках муниципальной программы «Развитие физической культуры и спорта в Нюксенском муниципальном округе на 2021-2026г.г.».

**8. ЗАЯВКИ:**

Для участия в Соревнованиях команды предоставляют предварительные заявки строго до 15.00 12 декабря 2024 года в отдел культуры, спорта и молодёжной политики администрации Нюксенского муниципального округа, по адресу: с. Нюксеница, ул. Советская, 13, каб. 14 или по эл. почте: up-kulturs@yandex.ru , (приложение 1).

Именные заявки, заверенные врачом, подаются в день соревнований.

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

Приложение 1

**ЗАЯВКА**

**о проведении межмуниципальных соревнований по волейболу среди женских ветеранских команд.**

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

(Наименование команды)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Дата рождения (д. м. г.) | Виза врача |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) М.П.

(медицинского учреждения)

ДАТА

Представитель команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО полностью)

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП  (подпись, ФИО полностью)