

Утверждаю:
Директор МАУ ДО
«Вагайский центр спорта и творчества»
М.Ю. Тунгулин

ПОЛОЖЕНИЕ
о проведении открытого турнира
Вагайского муниципального района по волейболу
Кубок «Спартак»

1. Цели и задачи

- ✓ Популяризация волейбола среди населения района
- ✓ Пропаганда здорового образа жизни
- ✓ Выявление сильнейших игроков и команд
- ✓ Формирование сборных команд района.

2. Время и место проведения соревнований

Соревнования состоятся на базе МАОУ «Вагайская СОШ» по адресу: с. Вагай ул. Мира, 18.

Начало соревнований: 14 апреля 2024 года в 10:00

3. Участники соревнований

- ✓ Все участники выступают в двух группах: юноши и мужчины, девушки и женщины.
- ✓ Команды-участники должны иметь пронумерованную спортивную форму
- ✓ Состав команды 8-10 человек + тренер-представитель
- ✓ Если на участие в соревнованиях заявилось менее 3-х команд – соревнования переносятся.

4. Руководство проведением соревнований

Общее руководство по проведению соревнований Кубок «Спартака» возлагается на МАУ ДО «Вагайский центр спорта и творчества»

Непосредственное проведение соревнований возлагается на МАУ ДО «ВЦСТ» с. Вагай.

5. Заявки

Предварительные заявки на участие подаются за два дня до начала соревнований по адресу: с. Вагай ул. Подгорная, 11 МАУ ДО «ВЦСТ» тел/факс 2-36-05. Эл.почта: dopobrazovanie_vagai@mail.ru

Тренер-представитель команды представляет в судейскую коллегию именную заявку, заверенную врачом и печатью медицинского учреждения.

6. Финансовые расходы

Расходы по проведению соревнований: оплата судейской коллегии, награждение победителей и призёров, несёт МАУ ДО «Вагайский центр спорта и творчества».

Расходы по командированию и питанию участников несёт командирующая сторона.

7. Награждение участников

Команда занявшая:

- 1 место награждается переходящим кубком, грамотой, медалями;
- 2 и 3 места грамотой и медалями.

**Данное положение является приглашением на
соревнования**

Инструктор по спорту:
сот. 8-982 933-99-61

М.В. Богданова

ЗАЯВКА
на участие в открытом турнире по волейболу
Кубок «Спартака»

с. Вагай

«___» _____ 2024 года

От команды _____

№	Ф.И.О.	Число, месяц, год рождения	Место жительства, работы, учёбы	Виза врача

Подпись руководителя: _____ / _____ /

Врач/всего допущено/ _____ / _____ /

Представитель команды _____ / _____ /