Приложение

к распоряжению администрации

Муниципального образования

«Майкопский район»

**П О Л О Ж Е Н И Е**

о проведении спортивного мероприятия, посвященного Дню физкультурника

**Цели и задачи**

Целью проведения спортивного мероприятия, посвященного Дню физкультурника (далее – Мероприятие) является повышение использования физической культуры и массового спорта для укрепления здоровья населения, гармоничного и всестороннего развития личности

Задачами являются:

- популяризация Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» среди различных возрастных групп населения;

- повышение уровня физической подготовленности населения;

- создание условий, мотивирующих к занятиям физической культурой и спортом.

**Время и сроки проведения**

Мероприятие проводится 20 августа 2022 года в парке поселка Тульского. Сбор команд в 9:30. Начало Мероприятия в 10:00.

**Участники Мероприятия**

К участию в Мероприятии допускаются участники основной медицинской группы при наличии допуска врача, зарегистрированные и имеющие уникальный идентификационный номер в АИС ГТО.

Участники Мероприятия выполняют виды тестовых испытаний (тесты) и нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (далее – комплекс ГТО) согласно возрастной ступени.

Приветствуется единая форма сборных команд.

Сборные команды формируются из числа следующих возрастных групп:

30-39 лет (седьмая ступень комплекса ГТО);

40-49 лет (восьмая ступень комплекса ГТО);

50-59 лет (девятая ступень комплекса ГТО).

Состав команды включает 6 человек от муниципального образования, в том числе 1 мужчины, 1 женщины – 30-39 лет; 1 мужчины, 1 женщины – 40-49 лет; 1 мужчины, 1 женщины – 50-59 лет).

**Программа Мероприятия**

Программа Мероприятия состоит из спортивной (тесты) программы.

Основу спортивной программы составляют виды испытания (тесты) комплекса ГТО для седьмой – девятой ступеней.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Спортивная программа** | | |
| **№ п/п** | **Виды спортивной программы** | **Участники, возрастная группа** |
|  | Подтягивание из виса на высокой перекладине | Мужчины |
|  | Поднимание туловища из положения лежа на спине (кол-во раз за 1 мин) | Мужчины, Женщины |
|  | Сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу | Мужчины |
|  | Сгибание и разгибание рук в упоре о гимнастическую скамью | Женщины |
|  | Прыжок в длину с места толчком двумя ногами (см) | Мужчины, Женщины |
|  | Наклон вперед из положения стоя на гимнастической скамье | Мужчины, Женщины |
|  | Челночный бег 3x10 м (с) | Мужчины, Женщины |

**Условия подведения итогов**

Результаты выполнения испытаний каждым участником фиксируются и вносятся в протокол в соответствии с утвержденными государственными требованиями к уровню физической подготовленности населения.

**Награждение**

Участники мероприятия награждаются грамотами и памятными призами.

**Условия финансирования**

Расходы по командированию участников сборных команд муниципальных образований к месту проведения Мероприятия (проезд до места проведения и обратно) несут командирующие организации.

**Заявки**

Предварительные заявки на участие в Мероприятии предоставляются на электронную почту [**s.zdanovich@egov**](mailto:s.zdanovich@egov) до 16 августа 2022 года (приложение).

Заявки на участие в соревнованиях, заверенные врачом и подаются в судейскую коллегию до начала Мероприятия.

ЗАЯВКА

для участия в сдаче нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия. Имя, Отчество | Дата рождения  (д. м. г.) | УИН номер в АИС ГТО |  | Виза врача |
| 1. |  |  |  |  | допущен.  *подпись врача.печать напротив каждого участника соревнований* |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

Допущено к выполнению нормативов комплекса ГТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ участников.  *(прописью)*

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

*(ФИО) (подпись)*

*ДАТА (М.П. медицинского учреждения)*

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель делегации |  |
|  | *(подпись.Ф.И.О. полностью)* |
|  |  |

**Ф.И.О. исполнителя (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Контактный телефон. E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**