

ПОЛОЖЕНИЕ

О проведении Турнира по волейболу среди мужских команд Агаповского муниципального района.

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

- привлечение молодежи к активным занятиям физической культурой и спортом, пропаганда и популяризация волейбола среди населения;
- пропаганда здорового образа жизни;
- популяризация игрового вида спорта.

2.ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Первенство проводится 25 января 2020 года в с.Агаповка, ул. Железнодорожная 15 «а» ФОК. Начало в 10:00 ч.

3.УЧАСТНИКИ И СОСТАВ КОМАНДЫ

Состав команды: количество человек в команде 6 человек + запасные участники до 5 человек. Встреча команд проходит до двух побед. Партия выиграется командой, которая первой наберет 25 очков с преимуществом минимум в 2 очка. В случае равного счета 24-24, игра продолжается до достижения преимущества в 2 очка. При счете партий 1-1, решающая (третья) партия играется до 15 очков. Система проведения соревнований будет определена судейской коллегией в день проведения соревнования, в зависимости от количества команд.

4.РУКОВОДСТВО И ПРОВЕДЕНИЕ

Непосредственное проведение соревнований возлагается на МУ «Комитет по физической культуре, спорту и молодежной политике» Агаповского муниципального района. (Мирошин А.В) тел: 2-00-57

5.НАГРАЖДЕНИЕ

Команды, занявшие призовые места награждаются грамотами, медалями, кубком.

6. ФИНАНСОВЫЕ РАСХОДЫ

Расходы связанные с проведением соревнования возлагаются на МУ «Комитет по физической культуре, спорту и молодёжной политике» администрации Агаповского муниципального района.

7.ЗАЯВКИ

Для участия в соревнованиях до 20 января необходимо подать предварительную заявку agapovka74.sport@mail.ru

Заявку на участия заверенную медицинским работником и руководителем организации подать в день проведения соревнований.

Настоящее положение является вызовом на соревнования.

ПРИЛОЖЕНИЕ

к положению о проведении
Турнира по волейболу среди
мужских команд Агаповского
муниципального района.

ЗАЯВКА

на участие в Турнире по волейболу среди мужских команд
Агаповского муниципального района.

от _____

№п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Год рождения	Виза врача
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Представитель команды _____ допущено _____ чел

Руководитель

учреждения

«____» _____

Подпись, печать и штамп врачебного