Приложение 1

****

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(*наименование соревнования)***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

***(место проведения, населенный пункт) (дата)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п** | **Ф.И.О.** | **Год рожд** | **№ членского билета ФКСР** | **Спортивный разряд/звание** | **Субъект РФ** | **Кличка лошади** | **№ паспорта ФКСР** | **Владелец лошади** | **№, названия программ соревнований** | **Медицинский допуск** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Представитель команды (тренер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Всего допущено \_\_\_\_\_ чел.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись Представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Для организаций:* Подпись и печать ответственного лица) | Подпись мед.врача и печать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

*\* Для Официальных Всероссийских командных соревнований (Чемпионаты, Кубки, Первенства России):*

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись должностного лица Исполнительного органа власти в области физической культуры и спорта субъекта РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Печать  | Подпись представителя региональной федерации конного спорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Печать  |

 Приложение 2

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

 .

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

 Приложение 3.

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Приложение 4

***Соревнования «На стиль всадника»***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Шкала оценок:*** | ***Ошибки:*** |
| *9-10* | *Великолепное выступление* | *Повал препятствия* | *0,5 ш.о.* |
| *8-8,9* | *Очень хорошее выступление, стиль, небольшие погрешности* | *1-е неповиновение на маршруте* | *0,5 ш.о.* |
| *7,0-7,9* | *Хорошее выступление, стиль, небольшие погрешности* | *2-е неповиновение на маршруте* | *1 ш.о.* |
| *6,0-6,9* | *Удовлетворительно* | *2-е неповиновение на том же препятствии* | *1 ш.о.* |
| *5,0-5,9* | *Существенные ошибки или плохой стиль* |  |  |
| *4,0-4,9* | *Очень существенные ошибки, опасный стиль езды* | *3-е неповиновение на маршруте, 1-е падение всадника, падение лошади* | *исключение* |
| *Ниже 4* | *Очень существенные ошибки, опасный стиль езды* |  |  |

*Всадник: Лошадь:*

*Команда:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***№ п/п*** | ***Компонент*** | ***Что оценивается*** | ***Коэфф.*** | ***Оценка*** | ***Комментарий*** |
| 1 | Посадка всадника | Положение корпуса, рук, ног, головы всадника, направление взгляда, сохранение равновесия, правильная прыжковая посадка над препятствием (кавалетти) | **2** |  |  |
| 2 | Траектория движения | Сохранение правильной траектории движения, подход к препятствию (кавалетти) по прямой, преодоление препятствия (кавалетти) перпендикулярно и посередине, прохождение поворотов, вольтов и т.д. | **2** |  |  |
| 3 | Сохранения темпа движения | Ритм, активность, равномерность, преодоление линии старта и финиша с требуемым темпом движения, плавность переходов  | **2** |  |  |
| 4 | Применение средств управления | Правильность применения средств управления, подчинение  |  |  |  |
| 5 | Общее впечатления | Опрятность, чистота, правильность подбора амуниции, формы всадника, правильность приветствия, соответствие всадника и пони, уверенность и поведение всадника |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Оценка******(max 10 баллов)****Сумма всех оценок за компоненты, деленная на 8* | ***Штрафные очки за неповиновения / падения*** | ***Окончательная оценка*** | *Подпись судьи:* |
|  |  |  |  |

# Д О В Е Р Е Н Н О С Т Ь

Город Благовещенск, “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 года

Я, гражданин Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О)**, (паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), прописан в г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом\_\_\_ , квартира\_\_\_\_ , настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**Ф.И.О.тренера)** \_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, (паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), зарегистрирован в городе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом\_\_\_ , квартира\_\_\_\_,

 представлять интересы моей несовершеннолетней дочери (сына)-

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения), во время проведения соревнований по конному спорту на территории Амурской области, для чего предоставляю право подавать и получать все необходимые справки и документы, подавать заявления, оплачивать необходимые государственные и иные сборы, взносы и пошлины, расписываться за меня и выполнять все действия и формальности, связанные с данным поручением.

Настоящая доверенность выдана сроком на 1 год, без права передоверия.

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

(подпись, фамилия, имя, отчество собственноручно)

**Разрешение**

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, разрешаю моему фамилия, имя, отчество |
| сыну/моей дочери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество)  |
| Участвовать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование мероприятия/дисциплины) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

С положением о проведении соревнований и требованиями техники безопасности ознакомлен(а). О возможных последствиях, связанных с потенциальной опасностью участия в конноспортивных соревнованиях, предупрежден(а).

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)