**Муниципальное автономное учреждение**

**дополнительного образования «Казанская**

**районная детско – юношеская спортивная школа»**

627420 Тюменская область, Казанский район, с. Казанское, ул. Больничная 50, тел/факс 4-15-44

|  |
| --- |
| УТВЕРЖДАЮДиректор МАУ ДО «Казанская районная ДЮСШ» C:\Users\ДЮСШ 2\Desktop\подпись, печать\директорподпсь.jpg «02» июня 2021 г. |

**План спортивно-оздоровительных мероприятий для детей**

 **с ОВЗ на июнь 2021 г.**

Цель:

- пропаганда и развитие доступных для детей с ОВЗ видов спорта;

-социальная адаптация детей с ОВЗ.

План работы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Название мероприятия** | **Дата проведения** | **Место проведения, время начала** | **Ответственный за проведения** |
| 1. | Весёлые старты | 10.06.2021 | Стадион, 11:00 | Рыжикова Н.В.,8-932-474-82-16 |
| 2. | «Бои сумоистов» | 17.06.2021 | Стадион, 11:00 |
| 3. | Соревнование по дартсу | 21.06.2021 | Стадион 11:00 |
| 4. | Прием нормативов ГТО | 22.06.2021 | Стадион, 11:00 | Тихненко Л.Ю.Эртман Е.Н.,4-11-44 |
| 5. | Веселый футбол | 24.06.2021 | Стадион, 11:00 | Рыжикова Н.В.,8-932-474-82-16 |

**Условия участия:** к участию в соревнованиях допускаются лица в возрасте от 8 до 17 лет, имеющие медицинский допуск к занятию физической культурой и спортом (либо коллективная заявка с допуском врача – Приложение 1, либо медицинская справка – Приложение 2)

**БЕЗ МЕДИЦИНСКОГО ДОПУСКА УЧАСТНИКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ!!!**

Приложение 1

**ЗАЯВОЧНЫЙ ЛИСТ**

на участие в соревнованиях по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для детей с ОВЗ

От команды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п./п.  | Ф.И.О. (полностью)  | число, месяц, год рожд.  | спорт.разряд  | Виза врача  |
| 1  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

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

(расшифровка подписи) м.п.

К соревнованиям допущено \_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)чел.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи) м.п.

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

Приложение 2

**Название медицинской организации адрес, телефон, штамп**

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

**Медицинское заключение**

 **о допуске к занятиям физической культурой (в том числе в организациях), к участию в массовых спортивных соревнованиях, к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе, этапе начальной подготовки, тренировочном этапе, к выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Имя** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Отчество** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Дата рождения** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Серия и номер удостоверения личности, дата выдачи, название выдавшего органа** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **По результатам медицинского осмотра** **ДОПУЩЕН****(вычеркнуть лишнее, указать вид спорта)****- к занятиям физической культурой (в том числе в организациях)****- к участию в массовых спортивных соревнованиях****- к выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»****- к занятиям спортом на спортивно-оздоровительном этапе, этапе начальной подготовки, тренировочном этапе,****вид спорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ограничения физических нагрузок: (ДА/НЕТ)****Описать:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Дата выдачи медицинского заключения** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Медицинское заключение действительно**  |  | **до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |
| **Подпись**  |  | **Фамилия, инициалы** |
| **Печать врача****Печать медицинской организации** |  |  |