**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

|  |
| --- |
| УТВЕРЖДАЮ  Директор 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** |  |  |