

**ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕГЛАМЕНТ
ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ФЕСТИВАЛЯ,
ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕРОССИЙСКОМУ
ДНЮ ФИЗКУЛЬТУРНИКА И ДНЮ СТРОИТЕЛЯ**

7, 9 августа 2025 года
территори ПКиО «Кашкадан»

Фестиваль проводится в соответствии с положением о проведении физкультурно-спортивного фестиваля, посвященного Всероссийскому Дню физкультурника и Дню строителя.

ВОЗРАСТ УЧАСТНИКОВ:

Соревнования лично-командные, участвуют сотрудники строительных организаций, имеющие медицинский допуск от терапевта, в одной возрастной группе - мужчины и женщины (18 лет и старше).

ПРОГРАММА, СРОКИ И МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ

Сроки проведения Фестиваля: 7, 9 августа 2025 года.

Место проведения Фестиваля: г. Уфа, территория ПКиО «Кашкадан».

№	Вид программы/ возрастная категория	Состав команды	Дата проведения	Место проведения
1.	Турнир по мини-футболу	8 чел.	7 августа – предварительные игры, 9 августа - финальные игры	мини-футбольные площадки МАУ ДО СШ №32 г. Уфы
2.	Гонки на сап-досках <i>(все желающие старше 18 лет)</i>	личные	9 августа	озеро ПКиО «Кашакадан»
3.	Легкая атлетика (эстафета)	4 чел. (2 муж. + 2 женщ.)	9 августа	вокруг озера ПКиО «Кашакадан»
4.	Турнир по баскетболу (3x3)	4 чел.	9 августа	баскет. площадки МБУ ДО СШ № 2 г.Уфы
5.	Турнир по пляжному волейболу	4 чел.	9 августа	волейбольные площадки МАУ ДО СШ № 34 г. Уфы
6.	Перетягивание каната	5 чел.	9 августа	баскет. площадка МБУ ДО СШ № 2 г.Уфы

РАБОТА МАНДАТНОЙ КОММИССИИ:

Предварительные заявки (подтверждение участия) направляются на электронный адрес richaisilu@mail.ru до 1 августа 2025 года, согласно, установленной формы (Приложение № 1). **Заявки оформляются на каждый вид программы отдельно.** Телефон для справок: 8 917-43-01-409 – Булатова Айсылу.

Оригинал именной заявки заверенные врачом, руководителем организации предоставляется главному секретарю Фестиваля, а также следующие документы на каждого участника:

- страховой медицинский полис или договор (оригинал) о страховании жизни и здоровья от несчастных случаев;
- именные заявки по установленной форме.

ЗАЯВКА

На участие в _____

Наименование дисциплины _____

Название команды _____

Наименование спортивной организации _____

№ п.п.	Ф.И.О.	Дата рождения	Виза врача
1.			
2.			

Допущено _____ чел.

Врач _____ / _____

*(подпись)**(расшифровка)***МП**

Представитель команды _____ / _____

*(подпись)**(расшифровка)*

Телефон представителя: _____