Утверждаю:

Директор МКУ ДО ДЮСШ

 Камышловского района

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.А.Колясникова

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2018 год

**ПОЛОЖЕНИЕ о соревнованиях**

 **Чемпионат и первенство Камышловского района по шашкам.**

**Цели и задачи соревнования.**

- Развитие и популяризация шашек среди учащихся Камышловского района;

- выявление сильнейших шашистов среди учащихся образовательных учреждений;

 - укрепление дружеских отношений.

**Порядок проведения соревнования.**

 Личный турнир проводится 8 декабря 2018 г. в д. Баранниковой.

Регистрация участников с 10 ч., начало в 10.30 ч.

Шашки проводятся по круговой системе.

**Участники.**

 Принять участие в соревновании могут школьники и школьницы, обучающиеся в любой из школ Камышловского района. С собой привезти по 1 шт. шашки. Иметь сменную обувь с белой подошвой.

**Определение победителей.**

 Победителями в каждой группе становятся участники, набравшие наибольшее количество очков.

**1-я группа**: мальчики, обучающиеся в 1-5 классах;

**2-я группа**: девочки, обучающиеся в 1-5 классах;

**3-я группа**: юноши, обучающиеся в 6-11 классах;

**4-я группа**: девушки, обучающиеся в 6-11 классах;

Контроль времени определяется организаторами по прибытию на соревнование.

 При равенстве очков победители по шашкам определяются по количеству побед, по результату личной встречи.

**Награждение.**

 Победители и призеры награждаются медалями и грамотами МКУ ДО ДЮСШ Камышловского района.

**Организационный комитет соревнования.**

 Общее руководство проведением соревнований осуществляет МКУ ДО ДЮСШ Камышловского района. Главный судья турнира по шашкам : Подоксенова Ирина Марковна (педагог МКОУ Скатинская СОШ).

Телефон для справок: 41-7-97, 89025092492;

**Настоящее положение является вызовом на соревнование!**

Приложение № 1

**Заявка**

**на участие в личном первенстве по шахматам среди учащихся Камышловского района.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Фамилия, имя,****отчество участника****(полностью)** | **Возраст участника, дата рождения****(число, месяц, год)** | **Учреждение, класс участника** | **Фамилия, имя,****отчество ответственного лица** | **Допуск врача****(фельдшера)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

М.П.

К соревнованиям допускается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек.

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Организации:

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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