

УТВЕРЖДАЮ

Начальник Управления ФК и С

В.В. Ялфимов

2025 год.

УТВЕРЖДАЮ

Директор МАУ ДО СШ «Рекорд»

Е.В. Вычугжанина

2025 г.

## ПОЛОЖЕНИЕ

о проведении Новогоднего турнира по волейболу среди микст-команд

г. Чайковский

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Новогодний турнир по волейболу среди микст-команд (далее – Соревнования) проводится в соответствии с Календарным планом официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий Чайковского городского округа на 2025 год.

## **2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ**

Соревнования проводятся с целью развития волейбола в Чайковском городском округе.

Задачами проведения Соревнований являются:

- формирование здорового образа жизни среди населения Чайковского городского округа;
- повышение уровня спортивного мастерства занимающихся волейболом;
- формирование устойчивого интереса к занятиям видом спорта «волейбол».

## **3. СРОКИ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ**

Соревнования проводятся 20 декабря 2025 года в спортивном зале МАУ ДО «СШ «Рекорд» по адресу г. Чайковский ул. Вокзальная, д. 5/2.

Начало соревнований в 10:00.

## **4. РУКОВОДСТВО ПРОВЕДЕНИЕМ СОРЕВНОВАНИЙ**

Общее руководство организацией и проведением Соревнований осуществляют Управление физической культуры и спорта администрации Чайковского городского округа и муниципальное автономное учреждение дополнительного образования «Спортивная школа «Рекорд».

Непосредственное проведение возлагается на муниципальное автономное учреждение дополнительного образования «Спортивная школа «Рекорд» и главную судейскую коллегию.

Главный судья соревнований – Дерюгин Денис Сергеевич, 8-908-251-84-80.

Помощник главного судьи – Дульцев Антон Александрович.

Секретарь соревнований – Сабуров Андрей Андреевич.

## **5. УЧАСТНИКИ СОРЕВНОВАНИЙ**

К участию в Соревнованиях допускаются смешанные команды учреждений Чайковского городского округа в возрасте до 16 лет (включительно), имеющие допуск врача. Ответственность за жизнь и здоровье участников соревнований несут представители команд.

Состав команды 8 человек (6 основных (не менее 3 девушек) и 2 запасных игрока).

## **6. ПРОГРАММА СОРЕВНОВАНИЙ**

9:30 – заседание судейской коллегии

9:45 – жеребьевка команд

10:00 – начало соревнований

16:00 – подведение итогов, награждение команд

## **7. УСЛОВИЯ ПОДВЕДЕНИЯ ИТОГОВ**

Соревнования проводятся в соответствии с правилами вида спорта «волейбол».

При наличии пяти команд игры проводятся по круговой системе. При наличии шести заявившихся команд или больше, команды делятся на две группы. Игры в подгруппах идут по круговой системе. Игры проводятся из трех партий до двух побед. Все партии проводятся до 21 очка (счёт фиксированный), в третьей – до 15 очков (счёт свободный).

В финал выходят по две команды из подгрупп. Команды, занявшие в подгруппах 2-ые места, играют в финале за 3-4 место. Команды, занявшие в подгруппах 1-ые места, играют в финале за 1-2 место.

## **7. НАГРАЖДЕНИЕ**

Команда, занявшая 1 место, награждается кубком, дипломом и медалями. Команды, занявшие 2-3 места, награждаются дипломом и медалями.

Игроки в номинациях: «Лучший связующий», «Лучший нападающий», «Лучший подающий», «Лучший игрок» награждаются дипломом и статуэткой.

## **8. УСЛОВИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Расходы, связанные с организацией и проведением Соревнований, производятся за счет бюджетных средств Муниципального автономного учреждения дополнительного образования «Спортивная школа «Рекорд».

## **9. ЗАЯВКИ**

Заявки на участие по форме (Приложение 1) подаются на адрес эл. почты [Senatorrr@mail.ru](mailto:Senatorrr@mail.ru) до 17 декабря 2025 года.

Руководить командой может только представитель, внесенный в заявочный лист. Заявка должна быть подписана руководителем командирующей организации и заверена врачом.

**Данное положение является официальным вызовом на соревнования.**

**ЗАЯВКА**  
на участие в соревнованиях  
**«Новогодний турнир по волейболу среди микст-команд»**  
**20 декабря 2025 года**

---

Название команды

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Допуск врача
1.			
2.			
3.			
...			

Всего допущено к соревнованиям \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) человек.

**Врач:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись врача расшифровка подписи

М.П.

**Представитель команды:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись ФИО полностью, телефон

**Руководитель организации** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись расшифровка подписи

М.П.