

УТВЕРЖДАЮ:

Директор ТБУ ПО
«Центр спортивной
подготовки»

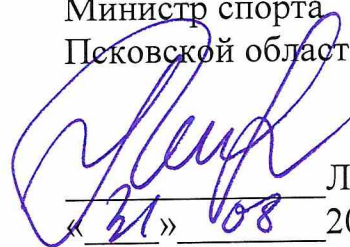
А.Б. Сидоров

« » 2026 г.



УТВЕРЖДАЮ:

Министр спорта
Псковской области



Л.Ю. Аюпова

« » 2026 г.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИЕ

о Семнадцатой областной Спартакиаде
высших учебных заведений.

г. Псков
2026 г.

В Положение о Семнадцатой областной Спартакиаде высших учебных заведений внести следующие изменения:

- в разделе V. **ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ УЧАСТНИКОВ И ЗРИТЕЛЕЙ, МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И АНТИДОПИНГОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.**

Абзац 2 изложить в следующей редакции:

«**Допуск спортсменов** к соревнованиям и оказание скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 мая 2026 г. № 484н "Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО)" и форм медицинских заключений о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях».

- раздел IX. **ЗАЯВКИ.**

Изложить в следующей редакции:

«Представители команды предъявляют в комиссию по допуску участников следующие документы:

1. Именную заявку, заверенную ректором ВУЗа (приложение 1).
2. Приказ о командировании с приложением списка спортсменов.
3. На каждого участника (оригиналы документов):
 - паспорт;
 - студенческий билет (с отметкой о продлении на данный учебный год);
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - **согласие на обработку персональных данных** (приложение 2);
 - **медицинская справка или медицинское заключение**, выданное по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации согласно возрастной группе, с указанием установленной первой или второй группой здоровья, с наличием на заключении штампа лечебного учреждения, читаемой подписью врача и заверенное круглой печатью (Приказ Минздрава России от 19.05.2026 № 484н) (Приложение № 3 к приказу).

Допуск лиц с установленной третьей группой здоровья дополнительно осуществляется на основании медицинского заключения, выданного врачом по спортивной медицине (Приказ Минздрава России от 19.05.2026 № 484н, п.37).»

4. Выпускники ВУЗов 2025 и 2026 г.г., выступающие за команду, предоставляют диплом об образовании (или заверенную копию).

При отсутствии какого-либо из перечисленных документов участники к соревнованиям не допускаются.

Приложение 3 к настоящему положению заменить на:

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 мая 2026 г. № 484н
(форма)

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
и адрес осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный номер
индивидуального предпринимателя)

Медицинское заключение

**о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях
(учебно-тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях),
мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов)
Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и
обороне" (ГТО) "**

Реестровый номер медицинского заключения _____ - _____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения _____
Реестровый номер лица (спортсмена) (при наличии) _____
Название мероприятия _____
Вид спорта _____
Спортивная дисциплина _____
Этап спортивной подготовки (при наличии) _____
По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского
обследования

ДОПУЩЕН

(указать необходимое)
к учебно-тренировочным мероприятиям _____
к участию в спортивных соревнованиях _____
к участию в физкультурных мероприятиях _____
к выполнению комплекса ГТО _____
Ограничения, в том числе физических нагрузок: (ДА/НЕТ)
Срок ограничения: _____
Описать ограничения: _____
Дата выдачи "___" _____ 20__ г.
Медицинское заключение действительно до "___" _____ 20__ г.
Должность лица, выдавшего заключение _____

_____/_____
Подпись /фамилия, имя, отчество (при наличии)

Печать медицинской
организации
(при наличии)