

19/07-Исх-1070
07.04.2026

Руководителям органов местного
самоуправления в области
физической культуры и спорта
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры

Уважаемые руководители!

В соответствии с положением о проведении XX Спартакиады учащихся Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, посвященной 81-ой годовщине Победы в Великой Отечественной войне, в городе Нижневартовске с 4 по 9 мая 2026 года состоится первенство округа по баскетболу среди девушек до 16 лет (2011-2012 годов рождения).

Место проведения: ФСК «Триумф», улица Ханты-Мансийская, дом 41б.

Главный судья соревнований: Амелина Александра Геннадьевна, телефон: 8 (982)52-59-258, судья 1 категории (город Нижневартовск).

День приезда команд 4 мая 2026 года.

19.00 – работа мандатной комиссии (ФСК «Триумф»);

20.00 – заседание судейской коллегии.

День отъезда команд 9 мая 2026 года.

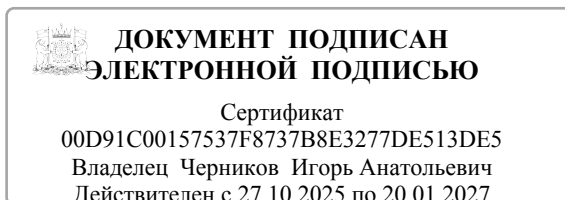
Предварительные заявки (Приложение №1) на участие направляются до 27 апреля 2026 года, по тел. 8 (3467) 96-09-24 (доб. 1036), по e-mail: kalchenkoan@ugramegasport.ru (для Кальченко Анатолия Николаевича).

По вопросам размещения спортсменов, а также за дополнительной информацией обращаться к главному секретарю соревнований Родионовой Анастасии Михайловне по телефону: 8 (912)93-54-530.

Команда, не подавшая предварительную заявку в указанный срок, к соревнованию не допускается.

Участие в соревновании бесплатное, оплата стартовых взносов не предусмотрена.

Заместитель директора по спорту



И.А. Черников

Заявка на участие
 в первенстве Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по баскетболу
 среди девушек до 16 лет, в зачет XX Спартакиады учащихся Ханты-Мансийского
 автономного округа – Югры, посвященной 81-ой годовщине Победы
 в Великой Отечественной войне

от команды _____

4 – 9 мая 2026 г.

г. Нижневартовск

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Разряд	Домашний адрес	Данные паспорта (свидетельства о рождении)	Виза и печать врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								

Тренер команды _____ / _____ /

Представитель команды _____ / _____ /

Телефон представителя _____

Спортсмены в количестве _____ человек прошли медицинский осмотр в полном объеме

Врач _____ / _____ /

(подпись)

(Фамилия, Имя, Отчество)

Печать врача

Главный врач ВФД (лечебного учреждения) _____ / _____ /

М.П. ВФД (лечебного учреждения)

« ____ » _____ 2026 г.

Руководитель органа управления
 физической культурой и спортом
 муниципального образования

_____ « ____ » _____ 2026 г.

МП