**II Mistrzostwa Polski Osób Niepełnosprawnych**

**w warcaby 100 polowe kobiet i mężczyzn**

**Warszawa, 17.11.2019 r.**

Komunikat organizacyjny

1.Organizatorzy:

**- Mazowieckie Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej, Warszawa**

**- Towarzystwo Miłośników Gier Umysłowych, Warszawa**

**- Krajowa Federacja Sportu dla Wszystkich, Warszawa**

**- Fundacja GROTEKA**

2. Patronat honorowy:

**- LESZEK PĘTLICKI – Prezydent Międzynarodowego Komitetu Warcabowego Niepełnosprawnych**

3. Patronat medialny:

**- Redakcja:** „**SPORT DLA WSZYSTKICH”**

4. Cel zawodów:

**- Propagowanie sportu warcabowego osób niepełnosprawnych  i wyłonienie najlepszych zawodników z Polski**

**- Możliwość współzawodnictwa oraz podniesienie umiejętności gry w warcaby**

**- Kształtowanie pozytywnych cech charakteru poprzez sportową rywalizację**

**- Rozwój intelektualny i integracja środowiska osób niepełnosprawnych**

5. Termin i miejsce:

**- 17 listopada  2019 roku (niedziela) od godz. 10.00. osobiste potwierdzenie uczestnictwa, rozgrywki od godz. 11.00. do godz. 16.00.**

**- Warszawa, Ośrodek Sportu i Rekreacji m.st. Warszawy w dzielnicy Ochota, ul. Nowowiejska 37 b.**

4.Warunki uczestnictwa:

**- W zawodach może wziąć udział każdy zawodnik niepełnosprawny po wypełnieniu zgłoszenia i opłaceniu wpisowego**

**- Ilość miejsc ograniczona do 60 osób, (decyduje kolejność zgłoszenia)**

**- Zgłoszenia przyjmuje i informacji udziela pan Leszek Pętlicki (tel. 602 320 496, e-mail:** [**leszekpetlicki@wp.pl**](mailto:leszekpetlicki@wp.pl) **)**

**- Udział w turnieju jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku w celach niezbędnych do realizacji zawodów**

5. Zawodnicy rywalizują w następujących kategoriach:

**- inwalidzi kończyn dolnych i górnych oraz kręgosłupa**

**- niesłyszący**

**- niewidomi**

**- słabowidzący**

**- niepełnosprawni intelektualnie**

**- Kobiety i mężczyźni grają oddzielnie**

6.   System rozgrywek:

**- Turniej zostanie rozegrany systemem szwajcarskim kontrolowanym na dystansie 5 rund**

**- Tempo gry wynosi 15 minut dla zawodnika na całkowite zakończenie partii.**

7.  Opłata startowa dla uczestników zawodów:

**- Wpisowe wynosi 10 PLN dla każdego startującego zawodnika, które należy wpłacić na rachunek bankowy:**

**Towarzystwo Miłośników Gier Umysłowych**

**02-101 Warszawa, ul. Grójecka 99 lok. 16**

**Nr konta: PKO BP 66102010550000900200940163**

Potwierdzenie wpłaty prosimy okazać przed rozpoczęciem zawodów.

**- W przypadku wolnych miejsc istnieje możliwość opłaty startowej na miejscu, przed zawodami.**

Nagrody

**- Medale za zajęcie pierwszych trzech miejsc w każdej kategorii dla pań i panów,**

**- Nagrody rzeczowe za zajęcie czołowych miejsc dla pań i panów,**

**- Dyplomy uczestnictwa dla wszystkich.**

Uwagi końcowe:

**- Ostateczna interpretacja regulaminu należy do organizatora**

**- Sędzia główny zawodów: Leszek Pętlicki,**

**- Sędzia komputerowy: Paweł Rymarowicz,**

**- Koordynator organizacyjny: Cezary Domińczak (tel.; 600 727 357, e-mail:** [**cezary-dominczak@wp.pl**](mailto:cezary-dominczak@wp.pl) **)**

**- W obiekcie rozgrywek znajduje się winda na wszystkie poziomy budynku.**

Harmonogram godzinowy:

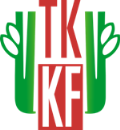
**- osobiste potwierdzenie uczestnictwa w zawodach - godz. 10.00. do 10.50,**

**- ewentualne zapisy chętnych w przypadku wolnych miejsc - godz. 10.50. do 11.00,**

**- otwarcie mistrzostw - godz. 11.00. do 11.05,**

**- rozgrywki sportowe - godz. 11.05. do 14.05,**

**- ogłoszenie wyników i wręczenie nagród - godz. 14.10. do 14.25.**

**Projekt jest dofinansowany przez Samorząd Województwa Mazowieckiego**

**II Mistrzostwa Polski Osób Niepełnosprawnych**

**w warcaby 100 polowe kobiet i mężczyzn.**

**Warszawa, 17.11.2019 r.**

**Karta zgłoszeniowa**

**Imię: ………………………………………………………………………………………………….**

**Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………**

**Kategoria warcabowa: ……………………………………………………………………………...**

**Rok urodzenia: ………………………………………………………………………………………**

**Niepełnosprawność (grupa rozgrywek): ……………………………………………………………**

**Przynależność klubowa lub miasto: ………………………………………………………………...**

**Nr telefonu kontaktowego: ………………………………………………………………………….**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku w celach niezbędnych do realizacji i promocji zawodów.**

**………………………………………………………………………………**

**Podpis zgłaszającego lub prawnego opiekuna (przedstawiciela klubu)**