

NOM ET PRÉNOM DU SPORTIF :

NUMERO DE LICENCE FFH :

Le processus de classification nécessite de répondre à une série de questions, examens et tests concernant mon handicap et mon entraînement. J'accepte de répondre complètement, honnêtement, et de faire de mon mieux.

- Je peux être amené à réaliser des tâches sportives.
- Je comprends la nature de ces tests et que les efforts requis pour les réaliser sont similaires à ceux requis pour l'entraînement.
- Je pense que je suis suffisamment en bonne santé pour passer ces tests en sécurité et qu'il existe un petit risque approximativement égal à celui existant lorsque je m'entraîne en Basket Fauteuil.
- Je sais que si je me blesse pendant la classification, je suis couvert par l'assurance liée à ma licence FFH.
- Je dois réaliser tout ce qui est demandé au meilleur de mes capacités et si je ne donne pas le maximum, cela sera considéré comme de la triche. Si cela se produisait, ce serait la fin de la procédure de classification et je n'aurais pas de classe donc je ne serais pas qualifié pour pratiquer en compétition.
- Je pourrai être photographié ou filmé pendant la procédure de classification.
- Je comprends que ces images sont prises pour permettre de prendre des décisions de classification ou pour des formations en classification.
- Les images et vidéos ne seront pas utilisées à des fins commerciales.
- Je comprends que lorsque je suis classé, mes performances en compétition seront observées par les classificateurs pour confirmer que j'ai bien donné le meilleur de mes capacités lors de la procédure de classification. Si le, ou les, observateur(s) estime(nt) que mes performances sont significativement différentes de mes performances lors des tests, je comprends que je pourrais être déclassé ou disqualifié.

Je comprends, qu'en tant que sportif, j'ai les droits suivants pendant la classification :

- Le droit de renoncer à réaliser la procédure de classification à tout moment. Le fait de signer ce consentement ne me retire pas ce droit. Je comprends que si je renonce, je ne serai pas classifié et ne pourrai pas participer aux compétitions organisées par la Commission Fédérale Basket Fauteuil (CFBF).
- Le droit au respect et à la confidentialité : les évaluations seront réalisées respectueusement et les informations collectées seront traitées confidentiellement entre les classificateurs.
- Le droit de contester une décision de classification : cela devra être fait par les moyens définis par les règlements édités par la Commission Fédérale Basket Fauteuil (CFBF).

En signant ce document, je reconnais que j'ai compris les informations ci-dessus, ou que mes parents/accompagnateurs ont lu et compris celles-ci.

Date :

Lieu :

Signature du sportif ou Signature du parent / Accompagnateur (si sportif de moins de 18 ans, rayer la mention inutile) :

PROCEDURE VIDEO POUR CLASSIFICATION BASKET FAUTEUIL

Vous souhaitez obtenir la classification pour une nouvelle joueuse / un nouveau joueur en Basket Fauteuil qui n'a pas été vu(e) par un classificateur Basket Fauteuil.

Pour cela vous devez nous adresser une vidéo de cette joueuse / ce joueur en situation de jeu.

Elle/il devra être sur son propre fauteuil de basket avec les sangles qu'elle/il utilise habituellement en jeu.

Il faudra qu'elle/il porte un vêtement ou maillot qui permet de bien la/le distinguer des autres joueurs sur la vidéo. **Il faut que ce soit un maillot bien visible et le même sur l'ensemble des vidéos transmises.**

CE QUE L'ON VEUT VOIR ...

La vidéo débutera avec la joueuse/le joueur seul(e). Elle/il devra dans la mesure du possible ramasser le ballon à gauche, à droite et devant le fauteuil. Puis prendre le ballon avec les mains bras tendus à l'horizontale et effectuer une rotation du buste vers la droite et la gauche puis une flexion vers l'avant.

La vidéo se poursuivra lors d'un match. Cette vidéo devra la/le montrer dans différentes phases de jeu : pousser, freiner, tourner, réception du ballon sur le terrain et rebond sous le panier, passe, lancer, shoot, lors des contacts fauteuil avec les autres joueurs (contact en avant et latéralement, à droite et à gauche), dribble.

La vidéo devra se concentrer sur la joueuse / le joueur en zoomant suffisamment. Ce qui nous intéresse c'est le comportement de la joueuse / du joueur dans ces différentes situations.

La vidéo devra être nominative : une vidéo par joueuse/joueur avec le nom et prénom de la personne concernée et le nom du club.

La vidéo doit être accompagnée par ces documents :

- la demande de carte de classification
- le bilan musculaire et articulaire
- le formulaire de consentement

Pour La Commission de Classification Dr Tan Trien DINH dtantrien@gmail.com

DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

CLUB VILLE CORRESPONDANT DE L' ASSOCIATION
 Adresse pour le retour du courrier Nom :

Adresse :

Code postal Ville Tél @ mail :

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEXE : NATIONALITE :

Nouveau joueur Ancien joueur Carte perdue Réfection - de 22 ans

**Pratiquant le Basket-Ball en fauteuil roulant et voulant pratiquer en compétition,
Je sollicite l'attribution d'une carte de classification.**

J'ai été renseigné, observé et testé au cours d'un : Entraînement Match amical Examen médical

Par : Fonction :

Après Informations et renseignements, honnêtement je pense être : Point(s)

Avis du Classificateur Point (s) Avis du Capitaine Point (s)

DECISION N° Le / / réservé à la commission

Pour jouer, je suis installé en fauteuil avec : Cocher la case correspondante

Ceinture abdominale élastique	<input type="checkbox"/>
Corset plastique ou cuir-acier	<input type="checkbox"/>
Tronc attaché au dossier	<input type="checkbox"/>
Abdomen attaché au dossier	<input type="checkbox"/>
Bassin attaché au siège	<input type="checkbox"/>
Orthèse du membre inf droit	<input type="checkbox"/>
Orthèse du membre inf gauche	<input type="checkbox"/>
Prothèse du membre inf droit	<input type="checkbox"/>
Prothèse du membre inf gauche	<input type="checkbox"/>
Protège vêtements à droite souple	<input type="checkbox"/>
Protège vêtements à droite rigide	<input type="checkbox"/>
Protège vêtements à gauche souple	<input type="checkbox"/>
Protège vêtements à gauche rigide	<input type="checkbox"/>



Cuisses attachées ensemble	<input type="checkbox"/>
Cuisses attachées au fauteuil	<input type="checkbox"/>
Genoux attachés ensemble	<input type="checkbox"/>
Genoux attachés au fauteuil	<input type="checkbox"/>
Jambes attachées ensemble	<input type="checkbox"/>
Jambes pressées ou attachées au fauteuil	<input type="checkbox"/>
Coussin spécial ou APE ou compensation	<input type="checkbox"/>

Je suis	TETRA	PARA	SPINA	AMPUTE	DIVERS	VALIDE
----------------	--------------	-------------	--------------	---------------	---------------	---------------

Utilisez-vous le fauteuil roulant en permanence ?
 Depuis combien de temps êtes-vous en fauteuil ?
 Depuis combien de temps vous entraînez vous ?

OUI	NON
	Année (s)
	Année (s)

Avez-vous quelque chose (remarques) à ajouter concernant la classification proposée par le Classificateur ou le Capitaine de l'équipe ?

.....

JE CERTIFIE TOUS CES RENSEIGNEMENTS RIGOREUSEMENT EXACTS

DATE :

SIGNATURE :

--

Opinion du Capitaine

Concernant la classification

.....

Nombre de points estimés :

--

Signature :

NOM :	PRENOM :	Tel / Fax :
--------------	-----------------	--------------------

N° de la carte de classification du Capitaine :

/	/
---	---

Merci d'envoyer les pages complétées à :

**Dr DINH Tan Trien,
 6 rue de Verdun, 92600 Asnières**

Avec les documents suivants :

- ◆ **2 photos d'identité**
- ◆ **Une photocopie d'un document officiel comportant une photo et la mention de la nationalité**
- ◆ **UNE ENVELOPPE TIMBRÉE** libellée avec adresse pour retour de la carte.

EVALUATION PHYSIQUE DU JOUEUR

Ce document est à compléter en priorité par :

- Un Classificateur agréé par la CF de BB appartenant au corps médical ou paramédical.
- Un Licencié à la FFHandisport appartenant au corps médical ou paramédical.
- Un membre du corps médical ou paramédical pratiquant régulièrement l'évaluation musculaire.

NOM DU JOUEUR	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

ADRESSE :

Code postal : Ville : Tel :

H
A
N
D
I
C
A
P

			A DROITE	A GAUCHE
TETRA		MOTEUR	Normal au-dessus de :	
			Complet au-dessous de :	
PARA	NIVEAU METAMERIQUE	INCOMPLET		
SPINA		SENSITIF	Normal au-dessus de :	
			Complet en dessous de :	

POLIO	
--------------	--

	MSD / MSG	MID / MIG
AMPUTE	BRAS / AV BRAS / MAIN	CUISSE / JAMBE / PIED

Entourez les propositions concernées. Précisez le niveau. (Désarticulé, 1/3 supérieur, 1/3 moyen, 1/3 inférieur)

DIVERS	
---------------	--

Le sportif a-t-il des handicaps associés ? (Précisez la localisation)

SCOLIOSE	ARTHRODESE	P.O.A ou OSTEOME	COORDINATION

AUTRES REMARQUES :

Le déplacement debout est-il possible

OUI	NON
------------	------------

Le déplacement debout est :

USUEL	EXEPTIONNEL	THERAPEUTIQUE
--------------	--------------------	----------------------

Composez l'aide au déplacement debout en indiquant le matériel utilisé.

CANNE ANGLAISE
CANNE SIMPLE
ORTHESE LONGUE
ORTHESE COURTE
CHAUSSURE ORTHOPEDIQUE

PROTHESE

CORSET CUIR ET ACIER

ou PLASTIQUE

CEINTURE ABDOMINALE TISSUS

ou ELASTIQUE

DROITE	GAUCHE

EVALUATION MUSCULAIRE

MEMBRES SUPERIEURS		
DROITE	EPAULE	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	COUDE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROIT	POIGNET	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Inclinaison Cubitale	
	Inclinaison Radiale	
DROITS	DOIGTS	GAUCHES
	Flexion	
	Extension	

MEMBRES INFERIEURS		
DROITE	HANCHE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	GENOU	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
TRONC		
A DROITE		A GAUCHE
	Abdominaux supérieurs	
	Abdominaux inférieurs	
	Extenseurs supérieurs	
	Extenseurs inférieurs	
	Rotation	
	Inclinaison	

SPASTICITE

NULLE	FAIBLE	MODEREE	FORTE	GENANTE			
<u>Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?</u>					OUI	OUI / NON	NON

REMARQUES :

NOM:

Prénom:

Tél.: _____

NOMBRE DE POINTS ESTIMES :

Signature :

Renvoyer le tout (6 pages) à : Dr DINH Tan Trien
6 Rue de Verdun 92600 Asnières
E-mail : dtantrien@gmail.com