

## DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

### PROCEDURE 2022

**Préambule** : L'IPC & l'IWBF ont modifié la procédure pour obtenir une carte de classification internationale. Aussi, nous l'avons fait évoluer sur le plan national pour être en conformité.

### Documents à fournir pour une demande de carte de classification NOUVEAU JOUEUR ou REVISION & PROTESTATION:

- 1) Formulaire de Consentement Page 2
- 2) Formulaire Médical & Administratif Pages 3 & 4
- 3) Evaluation musculaire Pages 5
- 4) Evaluation articulaire Pages 6
- 5) Formulaire de demande de carte de classification Pages 7 & 8  
Voir annexe 1 pour le positionnement des sangles Page 9
- 6) Des séquences vidéo Page 10 & 11  
Voir annexes 2 & 3 qui définissent les types de vidéos
- 7) Contestation en cas de NON ELIGIBILITE (NE) Page 11
- 8) Copie du passeport ou C.N.I ou du titre de séjour valide (JPEG)
- 9) Les PHOTOS : toutes au format JPEG SVP
  - Une photo d'identité (pour confectionner la carte)
  - Une photo du corps en entier en short ou collant (debout pour les 'marchants', assis)
  - Les photos centrées sur les 2 membres inférieurs en short ou collant:
    - De face
    - Profil gauche
    - Profil droit
- 10) UNE ENVELOPPE TIMBRÉE libellée avec l'adresse pour le retour de la carte.

**IMPRIMEZ L'ENSEMBLE DE CETTE LIASSE ET PRESENTEZ LA AUX PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES QUI REMPLIRONT LES PAGES DEDIEES**

TOUS LES DOCUMENTS DOIVENT ETRE ENVOYES A MON ADRESSE ET **AUSSI PAR EMAIL**

**M. DINH Tan Trien**  
**17 rue Malakoff**  
**Bat CB**  
**92600 Asnières sur Seine**  
[\*\*dtantrien@gmail.com\*\*](mailto:dtantrien@gmail.com)

**Pour l'envoi par EMAIL, (WE TRANSFER recommandé)**  
**Sélectionnez les pages 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ; Scannez /photographiez au format JPEG**  
**Pour la copie de la preuve d'identité et les 5 photos au format JPEG SVP**

**ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ**

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## CLASSIFICATION NATIONALE

Nom et Prénom du sportif : \_\_\_\_\_

Numéro 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 de basket 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'aurai pas de classe, donc je ne serai pas qualifié pour pratiquer le basket 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 serai classé, mes performances en compétitions 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 reclassé, déclassé ou disqualifié si la tentative de triche est avérée.

**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 je ne pourrai pas participer aux compétitions organisées par la Commission Fédérale de 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 via les moyens définis dans les règlements édités par la Commission Fédérale de Basket Fauteuil.

**En signant ce document, je reconnais que j'ai compris les informations ci-dessus, ou qu'un parent ou accompagnateur majeur a lu et compris celles-ci et me l'a expliqué.**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Lieu : \_\_\_\_\_

Signature du sportif majeur ou du représentant légal (précisez NOM, Prénom, lien)

# FORMULAIRE DE CONFIRMATION POUR LES JOUEURS DE BASKETBALL EN FAUTEUIL ROULANT

**Ce formulaire doit être rempli en totalité par un MEDECIN**

## INFORMATIONS SUR LE JOUEUR

Nom de famille: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj / mm / aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Le genre:  Masculin  Féminin

ÉTAT DE SANTÉ PERMANENT ET DÉFICIENCE RÉSULTANTE: **ENTOUREZ LA REPONSE CHOISIE**

**État général de santé :**

**Apte à pratiquer le basket-ball en fauteuil roulant :**  OUI /  NON

## Diagnostic et Déficience résultante

### Précisions :

Ataxie	OUI /NON	Athétose	OUI /NON	Hypertonie	OUI /NON
--------	----------	----------	----------	------------	----------

Déficit / perte de membre	OUI /NON	Différence de longueur des M INF	OUI /NON
---------------------------	----------	----------------------------------	----------

Puissance musculaire altérée	OUI /NON	Amplitude passive des mouvements altérée	OUI /NON
------------------------------	----------	--	----------

### Handicap résultant

Permanent	OUI / NON	Stable	OUI / NON
-----------	-----------	--------	-----------

Evolutif	OUI / NON	Congénitale (naissance):	OUI / NON
----------	-----------	--------------------------	-----------

Année de début: \_\_\_\_\_ Chronologie de l'évolution de la pathologie (Anamnèse): \_\_\_\_\_

## DECLARATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Je peux confirmer que les informations ci-dessus sont exactes :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date: ____ / ____ / ____ Signature:	Cachet professionnel:
--	-----------------------

## PIÈCES A JOINDRE PAR LE JOUEUR

DES DOCUMENTS MEDICAUX ET PARA MEDICAUX QUI ATTESTENT & CONFIRMENT LA PATHOLOGIE ET LA DEFICIENCE QUI EN RESULTE SERONT A FOURNIR SI BESOIN

**Le NOM & Prénom du joueur DEVRA être inscrit sur tous les documents....  
(Y compris les photos et les vidéos)**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU JOUEUR

Par la présente, Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je reconnais et accepte ce qui suit :

1. Je certifie que les informations fournies sont correctes.
2. Je donne la permission de stocker ce formulaire et toute information médicale supplémentaire soumise sur une base de données sécurisées par le CPSF (Comité Paralympique et Sportif Français).
3. En cas de sélection pour évoluer au niveau international, je donne la permission de communiquer mon dossier à la commission médicale de classification de l'IWBF (International Wheelchair Basketball Federation) pour vérifier mon éligibilité (handicap minimum & pathologie admissible) à l'international en tant que joueur de basket-ball en fauteuil roulant.

### ADRESSES ET EMAIL :

JOUEUR	CLUB
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :
EMail :	EMail :

Signature (ou, signature du représentant légal)	Date : ____ / ____ / ____
---	---------------------------

**La joueuse / Le joueur**

PLAYER IDENTITY

**NOM :**  
LAST NAME

**Prénom :**  
FIRST NAME

**Date de naissance :**  
DATE OF BIRTH

**NE NOTER QUE LES DEFICIENCES MUSCULAIRES = 0 1 2 3 4 SVP**  
NE PAS ENREGISTRER CE QUI EST ' NORMAL ' = 5

**EVALUATION MUSCULAIRE**

MUSCLE ASSESSMENT

**MEMBRES SUPERIEURS**

UPPER LIMBS

RIGHT		LEFT
DROITE	EPAULE/ SHOULDER	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	COUDE/ELBOW	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROIT	POIGNET/WRIST	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
DROITS	DOIGTS/FINGERS	GAUCHES
	Flexion	
	Extension	

**MEMBRES INFERIEURS**

LOWER LIMBS

RIGHT		LEFT
DROITE	HANCHE/HIP	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	GENOU/KNEE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	PIED/FOOT	GAUCHE
	Flexion dorsale	
	Flexion plantaire	
	ADDuction	
	ABDuction	

**TRONC : Notez si arthrodèse**

Note whether arthrodesis

**Date :**

**SPASTICITE**  
SPASTIC

**Localisation :**  
PLACE

**Nulle**  
NO

**Faible**  
LOW

**Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?**  
EXAM COOPERATION

**NOM du praticien :**  
LAST NAME PRACTITIONNER

**Signature :**  
SIGN

**REMARQUES :**  
NOTES

**Position assise / Sitting position**

DROITE	TRONC/ TRUNK	GAUCHE
	Flexion	
	Extention superieure	
	Extention inferieure	
	Rotations	
	Inclinaisons latérales	

**FLEX**

**EXT**

**Modérée**  
MODERATE

**Forte**  
STRONG

**Génante**  
ANNOYING

**OUI**  
YES

**NON**  
NO

**Prénom:**  
FIRSTNAME

**Tél.:**

**Cachet**  
STAMP

<b>La joueuse / Le joueur</b> <small>PLAYER IDENTITY</small>		
<b>NOM :</b> <small>LAST NAME</small>	<b>Prénom :</b> <small>FIRST NAME</small>	<b>Date de naissance :</b> <small>DATE OF BIRTH</small>

**NE NOTER QUE LES RESTRICTIONS D'AMPLITUDE ARTICULAIRE EN DEGRES ANGULAIRES SVP**  
NE PAS ENREGISTRER DE QUI EST ' NORMAL '

**EVALUATION ARTICULAIRE PASSIVE**  
PASSIVE JOINT ASSESSMENT

**MEMBRES SUPERIEURS**

UPPER LIMBS

RIGHT	EPAULE/ SHOULDER	LEFT
DROITE		GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	COUDE/ELBOW	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROIT	POIGNET/WRIST	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
DROITS	DOIGTS/FINGERS	GAUCHES
	Flexion	
	Extension	

**MEMBRES INFERIEURS**

LOWER LIMBS

RIGHT	HANCHE/HIP	LEFT
DROITE		GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	GENOU/KNEE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	PIED/FOOT	GAUCHE
	Flexion dorsale	
	Flexion plantaire	
	ADDuction	
	ABDuction	

**TRONC :Notez si arthrodèse**  
Note whether arthrodesis

**Position assise / Sitting position**

DROITE	TRONC/ TRUNK	GAUCHE
	Flexion	
	Extention	
	Rotations	
	Inclinaisons larérales	

**Date :**

**SPASTICITE Localisation :**

<small>SPASTIC</small>		<small>PLACE</small>			
Nulle	<input type="text"/>	Faible	<input type="text"/>		
<small>NO</small>		<small>LOW</small>			

<small>FLEX</small>	<input type="text"/>	<small>EXT</small>	<input type="text"/>		
Modérée	<input type="text"/>	Forte	<input type="text"/>	Génante	<input type="text"/>
<small>MODERATE</small>		<small>STRONG</small>		<small>ANNOYING</small>	

**Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?**  
EXAM COOPERATION

<b>OUI</b>	<input type="text"/>	<b>NON</b>	<input type="text"/>
<small>YES</small>		<small>NO</small>	

**NOM du praticien :**  
LAST NAME PRACTITIONNER

**Prénom:**  
FIRSTNAME

**Tél.:**

**Signature :**  
SIGN

**Cachet**  
STAMP

**REMARQUES :**  
NOTES



## DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

	Ville		Correspondant de l'Association
<b>CLUB</b>		<b>NOM</b>	

Adresse pour le retour du courrier : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

@mail : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

Nom du joueur	Prénom du joueur	Date de naissance
		___/___/___
<b>Sexe :</b>	<b>Nationalité :</b>	

Cocher la case concernée :

Nouveau joueur	Ancien joueur	Carte perdue	Réfection	-22 ans
----------------	---------------	--------------	-----------	---------

**Pratiquant le basket 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 : \_\_\_\_\_

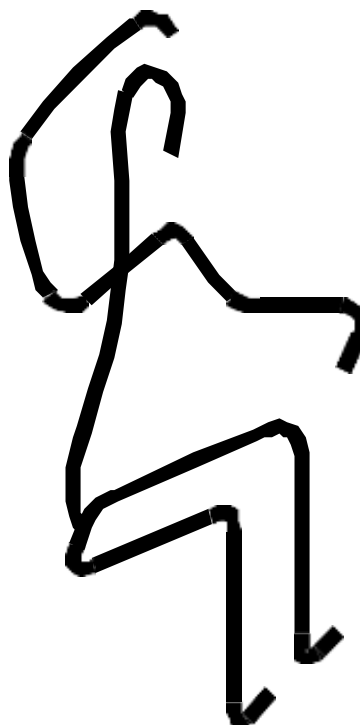
Après informations et renseignements, honnêtement je pense être :   Point(s)

Avis du Classificateur   Points

Avis du Capitaine   Points

Pour Jouer, je suis installé dans mon fauteuil avec : (cocher la/les case(s) correspondante(s))

Ceinture abdominale élastique	
Corset plastique ou cuir-acier	
Tronc attaché au dossier	
Abdomen attaché au dossier	
Bassin attaché au siège	
Orthèse du membre inf droit	
Orthèse du membre inf gauche	
Prothèse du membre inf droit	
Prothèse du membre inf gauche	
Protège vêtements à droite    souple ou    rigide	
Protège vêtements à gauche    souple ou    rigide	
Cuisses attachées ensemble	
Cuisses attachées au fauteuil	
Genoux attachés ensemble	
Genoux attachés au fauteuil	
Jambes attachées ensemble	
Jambes pressées ou attachées au fauteuil	
Coussin spécial ou APE ou compensation	



**FAIRE FIGURER OBLIGATOIREMENT SUR LE SCHEMA LA LOCALISATION DES SANGLES ET APPUIS EN RESPECTANT LES PROPORTIONS (voir annexe 1)**

**JOUEUSE / JOUEUR**

<b>Je suis</b>	PARA	SPINA	AMPUTE	IMC	DIVERS	VALIDE
----------------	------	-------	--------	-----	--------	--------

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

<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<b>Année (s)</b>
	<b>Année (s)</b>

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

**JOUEUSE / JOUEUR : JE CERTIFIE QUE TOUS CES RENSEIGNEMENTS RIGOREUSEMENT EXACTS**

**DATE :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SIGNATURE :**

**TEL DU JOUEUR :**

**Concernant la classification**

**Opinion du Capitaine**

**Nombre de points estimés :**

**NOM :**

**Prénom :**

**Tel :**

**Email :**

**N° complet de la carte de classification du capitaine :**

**Date :**

**Signature :**

**TEL DU CAPITAINE ou correspondant CLUB :**

#####

**RESERVE A LA COMMISSION DE CLASSIFICATION NATIONALE**

**Documentation complète : OUI / NON**

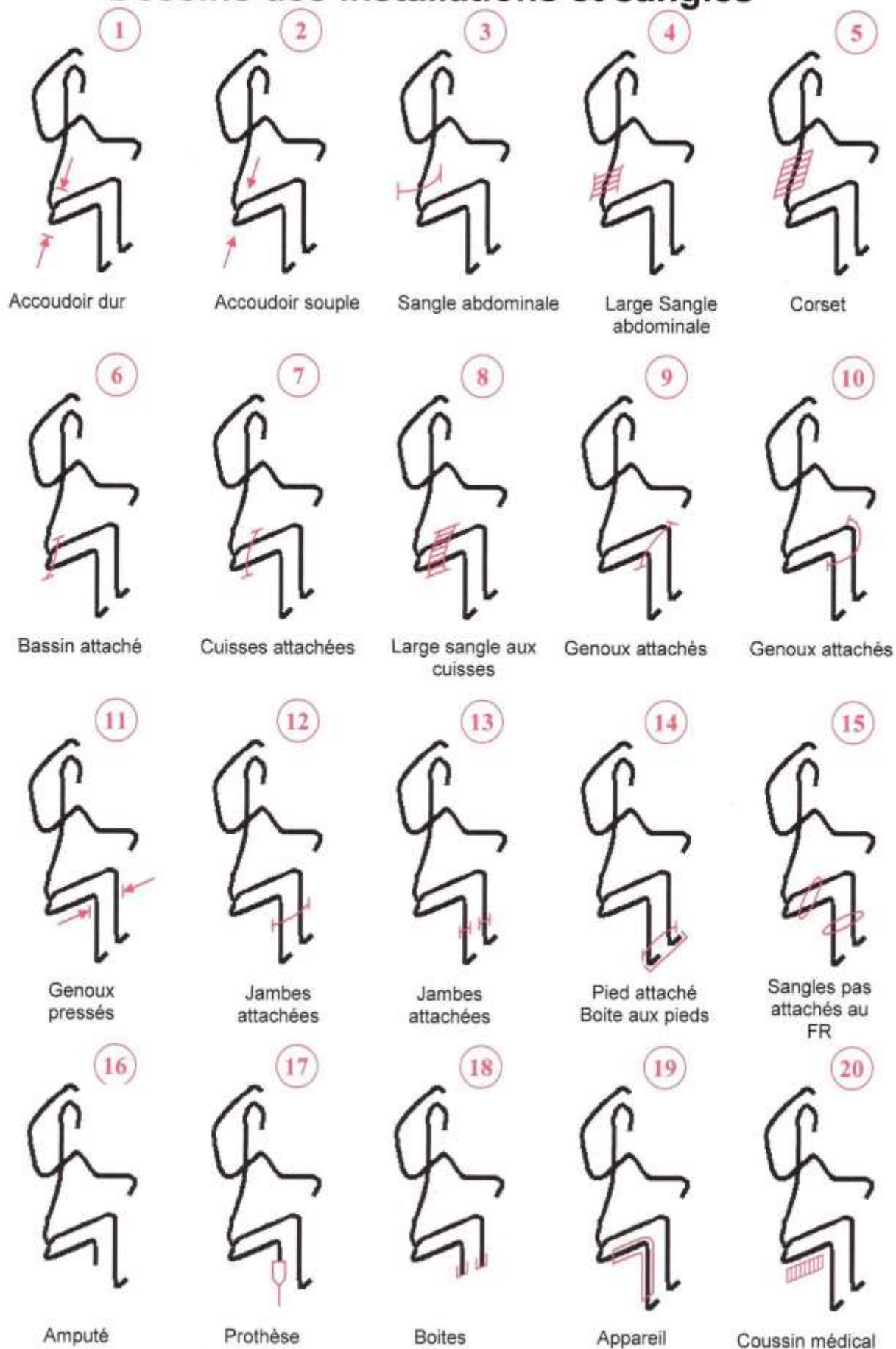
**DECISION CLASSE & STATUT :**

**N° DE LA CARTE DE LA JOUEUSE / DU JOUEUR**

**Date :**



## Dessins des installations et sangles



**PROCEDURE VIDEO POUR LA CLASSIFICATION DU BASKETTEUR EN FAUTEUIL**

**Vous souhaitez obtenir la classification pour nouveau joueur en Basket Fauteuil qui n'a pas été vu par un classificateur Basket Fauteuil, un joueur qui proteste ou souhaite être révisé ...**

**Pour cela vous devez nous adresser deux ou trois types de vidéo de ce joueur  
En test & en jeu & déambulation pour ceux qui peuvent.**

**Il devra être sur son propre fauteuil de basket avec les sangles qu'il utilise habituellement en jeu.**

Il faudra qu'il porte un vêtement ou maillot qui permet de bien le distinguer des autres joueurs sur la vidéo et le même sur l'ensemble des vidéos transmises. Les sangles et calages devront être visible aussi

**CE QUE L'ON VEUT VOIR ...**

**'La ' vidéo peut être composée de plusieurs courtes séquences démonstratives**

**EN TESTS :**

La vidéo débutera avec le joueur seul. 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'horizontal et effectuer une rotation du buste vers la droite et la gauche, puis une flexion vers l'avant.

**EN JEU : La vidéo devra être centrée & zoomée sur le joueur concerné**

La vidéo lors d'un match ou entraînement 'actif'. 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 fauteuils avec les autres joueurs (contact en avant et latéralement, à droite et à gauche), dribble.

**SI DEAMBULATION OU MARCHE POSSIBLE**

- 1) Filmer le sportif en short, debout face, profil et face arrière
- 2) Marcher sur 10/20m faire demi-tour revenir
- 3) Courir sur 10/20m faire demi-tour, revenir
- 4) Marcher sur une ligne en marche avant et revenir en marche arrière
- 5) Décoller un pied et monter sur la pointe du pied de l'autre (faire des 2 cotés)
- 6) S'accroupir et se relever sans se tenir

**Pour les vidéos concernant un joueur : IDENTIFIER** chaque séquence vidéo par le NOM et Prénom de la personne concernée et si possible le nom du club.

**Si le joueur a été observé par un classificateur Basket Fauteuil la vidéo ne sera pas forcément nécessaire puisque le classificateur devra envoyer son rapport à la commission de classification handibasket.**

**Cependant, en cas de doute légitime, la commission peut être amenée à demander que les documents résultants de la procédure vidéo lui soient transmis.**

## **CONTESTATION EN CASE DE DECISION NE**

**Si un joueur conteste la décision de NON ELIGIBLE en international (NE) prise par la commission de classification nationale, il a la possibilité de faire un recours auprès l'IWBF.**

**Il s'adresse par écrit ou par courriel au Directeur Sportif, (DS), pour solliciter ce recours en mettant en copie le président de la commission de classification nationale.**

**Si le DS accepte que ce recours soit déposé,**

- **Il rédige une 'lettre d'accord' sur le principe de la contestation.**
- **Cette lettre en anglais sera à joindre au dossier que le joueur devra composer et adresser à l'IWBF**
- **Le DS joint à son envoi le texte indiquant au joueur la procédure spécifique à suivre**
- **Le joueur suit la procédure indiquée par le DS**
- **Une fois la réponse de l'IWBF reçue par le joueur ou le DS, une copie est transférée au président de la commission de classification nationale pour application au niveau national**

**Notes au joueur :**

- **La correspondance et les documents médicaux devront être traduits en anglais.**
- **La procédure n'est pas gratuite.**