

Demande de Révision Médicale

Qui peut faire une Demande de Révision Médicale ?

Une Demande de Révision Médicale peut être demandée par un(e) joueur(euse), ou par son club, si son handicap ou ses limitations dans la pratique du basket ne sont plus cohérentes avec sa classification actuelle.

Une Demande de Révision Médicale peut être introduite si :

- Le sportif a subi une opération chirurgicale qui influe sur sa pratique du basket.
- Son handicap est de type évolutif et s'est accentué depuis sa dernière classification.
- Son état physique s'est détérioré à un point tel que sa classe ne semble plus correspondre.

Comment faire une Demande de Révision Médicale ?

La procédure est la suivante :

- Compléter le formulaire de Demande de Révision Médicale (cf. pages 2,3 et 4) doit être complété lisiblement.
- Joindre les documents médicaux qui prouvent que le handicap du sportif a changé depuis la dernière évaluation de celui-ci.
- Verser une provision non-remboursable de 60€ sur le compte de la Commission de basket.

► **IDENTIFICATION INTERNATIONALE**

BIC SOGEFRPP

IBAN FR76 3000 3018 0000 0372 7232 190

La Demande de Révision Médicale ne sera entamée qu'une fois le paiement reçu.

Cette demande doit être envoyée uniquement par mail à cette adresse : dtanrien@gmail.com

Conséquences d'une Demande de Révision Médicale

Si la commission médicale de basket, après un examen physique et une étude minutieuse du dossier médical, est convaincue d'un changement de handicap ou des limitations dans la pratique du basket, la classification du sportif pourra être modifiée en statut « Révisable » et confirmée par une nouvelle évaluation en situation de compétition.

Formulaire de Demande de Révision Médicale

Informations sur le sportif :

Nom : _____

Prénom : _____

Genre : féminin masculin

Date de naissance : ___/___/____

Club : _____

N° licence : _____

Classification actuelle : _____

N° de la Carte de classification : _____

Quels motifs de révision : (cocher la(les) case(s) correspondante(s)) :

- Le sportif a subi une opération chirurgicale.
- Son handicap est de type évolutif.
- Son état physique s'est détérioré.

Détails à propos du changement dans le handicap :

(Doit être complété par un professionnel de santé ayant une expertise pertinente)

Détails de l'intervention chirurgicale : (si applicable)

Date de l'intervention : ___/___/____

Lieu où l'intervention a été réalisée : _____

Description de l'intervention : _____

Raisons de l'intervention et effets attendus : _____

Ou/Et

Description de l'évolution du handicap : (en cas de handicap évolutif ou un état physique détérioré)

Date de début : ___/___/____

Description du changement dans le handicap : _____

Copies des pièces justificatives jointes pour valoriser la demande :

Professionnel de la santé :

Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes.

Nom : _____

Spécialité médicale : _____

N° RPPS : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

E-mail : _____

Date : __/__/____

Signature et cachet :