

DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

PROCEDURE 2025

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/et du titre de séjour valide (PDF)
- 9) Les PHOTOS : toutes au format JPEG ou JPG SVP
 - Une photo d'identité portrait prise avec un téléphone
 - 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

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 PAR MAIL A dtantrien@gmail.com

Pour l'envoi par EMAIL ; (WE TRANSFER recommandé)

Sélectionnez les pages 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ; Scannez au format PDF

La copie de la preuve d'identité au format PDF et les photos en JPG

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

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 ou KINE

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 : _____

<p>Date: ____ / ____ / ____</p> <p><u>Signature:</u></p>	<p><u>Cachet professionnel:</u></p>
--	-------------------------------------

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 :
E-Mail :	E-Mail :

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

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 ASSESSEMENT

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

FLEX

EXT

Modérée

MODERATE

Forte

STRONG

Génante

ANNOYING

Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?

EXAM COOPERATION

OUI

YES

NON

NO

NOM du praticien :

LAST NAME PRACTITIONNER

Prénom:

FIRSTNAME

Tél.:

Signature :

SIGN

Cachet

STAMP

REMARQUES :

NOTES

La joueuse / Le joueur

PLAYER IDENTITY

NOM :

LAST NAME

Prénom :

FIRST NAME

Date de naissance :

DATE OF BIRTH

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		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 :

Position assise / Sitting position

DROITE	TRONC/ TRUNK	GAUCHE
	Flexion	
	Extention	
	Rotations	
	Inclinaisons larérales	

SPASTICITE

SPASTIC

Localisation :

PLACE

Nulle

NO

Faible

LOW

FLEX

EXT

Modérée

MODERATE

Forte

STRONG

Gênante

ANNOYING

Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?

EXAM COOPERATION

OUI

YES

NON

NO

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
CLUB		NOM	

Adresse pour le retour du courrier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

@mail : _____ TEL : _____

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

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

Je suis	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 ?

OUI	NON
	Année (s)
	Année (s)

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

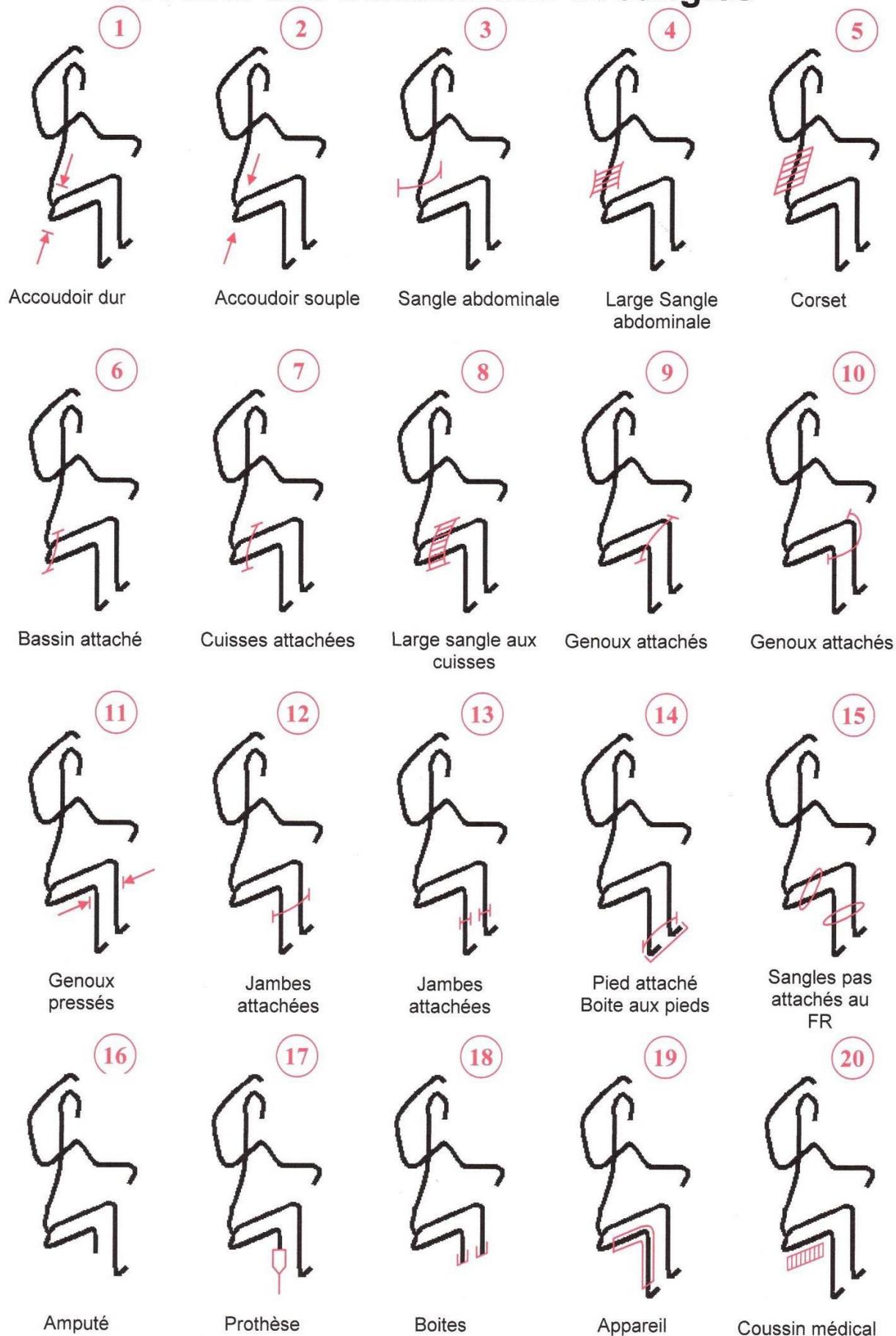
Documentation complète : OUI / NON

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.**