

Préambule : La demande de classification au niveau national est conforme au règlement international de l'IWBF.

Documents à compléter pour une demande de classification :

- Formulaire administratif
- Formulaire de consentement
- Formulaire médical (3 pages) : **à faire compléter par un professionnel de santé**
- Formulaire de demande de carte

Documents administratifs à fournir :

- Copie du passeport / CNI / Titre de séjour valide
- Photos
 - 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
- Le NOM & Prénom du joueur doivent être inscrits sur tous les documents
- Les documents doivent être transmis en format PDF
- Les photos doivent être transmises en format JPEG ou PNG

TOUS LES DOCUMENTS DOIVENT ETRE **ENVOYES PAR MAIL** AU DR DINH TAN TRIEN
dtantrien@gmail.com

L'utilisation de **SwissTransfer** est recommandé pour l'envoi des fichiers

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

FORMULAIRE ADMINISTRATIF

JOUEUR / JOUEUSE	
Nom de famille	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Date de naissance	
Nationalité	
Genre	Masculin ☐ Féminin ☐
Adresse	
Code Postal	
Ville	
Email	
Téléphone	

CLUB	
Nom	
Nom du responsable	
Prénom du responsable	
Adresse	
Code Postal	
Ville	
Email	
Téléphone	

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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 avoir compris les informations ci-dessus, ou qu'un parent ou accompagnateur majeur a lu et compris celles-ci et me les a expliquées.

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

FORMULAIRE MEDICAL (1/3)

A remplir et signer par un professionnel de santé

ETAT CIVIL

Nom :	Prénom :	Date de Naissance (DD/MM/YYYY) :
-------	----------	----------------------------------

Genre: Masculin ☐ Féminin ☐

DIAGNOSTIC

État de santé / Diagnostic :

Chronologie de l'évolution de la pathologie (anamnèse) :
--

La pathologie est	☐ Permanente	☐ Stable	☐ Evolutive	
	☐ Congénitale	☐ Année d'apparition: _____		

HANDICAP RÉSULTANT

☐ Puissance musculaire altérée	☐ Amplitude passive des mouvements altérée
☐ Déficit / perte des membres inférieurs Amputation fémorale ☐ tibiale ☐	☐ Différence de longueur des membres inférieurs: _____cm
☐ Ataxie	☐ Athétose
☐ Hypertonie	

SIGNATURE du professionnel de santé

Je confirme que les informations ci-dessus sont complètes et exactes. ☐		
Nom :	Profession :	Date :
Signature / cachet :		

FORMULAIRE MEDICAL (2/3)

A remplir et signer par un professionnel de santé

ETAT CIVIL

Nom :	Prénom :	Date de Naissance (DD/MM/YYYY) :
-------	----------	----------------------------------

EVALUATION MUSCULAIRE

Evaluer la force musculaire en utilisant l'échelle MRC.

NE NOTER QUE LES DEFICIENCES MUSCULAIRES (0 1 2 3 4), ne pas enregistrer ce qui est « normal » (5).

MEMBRES SUPERIEURS (si handicap)		
DROITE	EPAULES	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	Abduction	
	Adduction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	COUDES	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROITE	POIGNETS	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
DROITE	DOIGTS	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	

MEMBRES INFERIEURS		
DROITE	HANCHES	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Abduction	
	Adduction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	GENOUX	GAUCHE
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	PIEDS	GAUCHE
	Flexion dorsale	
	Flexion plantaire	
	Abduction	
	Adduction	

POSITION ASSISE		
DROITE	TRONC	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotations	
	Inclinaison latérale	

SIGNATURE du professionnel de santé

Je confirme que les informations ci-dessus sont complètes et exactes. ☐

Nom :	Profession :	Date :
Signature / cachet :		

FORMULAIRE MEDICAL (3/3)

A remplir et signer par un professionnel de santé

ETAT CIVIL

Nom :	Prénom :	Date de Naissance (DD/MM/YYYY) :
-------	----------	----------------------------------

EVALUATION ARTICULAIRE PASSIVE

Evaluer l'amplitude articulaire en degré.

NE NOTER QUE LES RESTRICTIONS D'AMPLITUDE, ne pas enregistrer les amplitudes « normales ».

MEMBRES SUPERIEURS (si handicap)		
DROITE	EPAULES	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	Abduction	
	Adduction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	COUDES	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROITE	POIGNETS	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
DROITE	DOIGTS	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	

MEMBRES INFERIEURS		
DROITE	HANCHES	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Abduction	
	Adduction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	GENOUX	GAUCHE
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROITE	PIEDS	GAUCHE
	Flexion dorsale	
	Flexion plantaire	
	Abduction	
	Adduction	

SIGNATURE du professionnel de santé

Je confirme que les informations ci-dessus sont complètes et exactes. ☐

Nom :	Profession :	Date :
Signature / cachet :		

DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

CLASSIFICATION

Motif	Nouvelle carte (nouveau joueur) ☐	Renouvellement (ancien joueur) ☐
--------------	--	---

Joueur	J'ai été renseigné, observé et testé au cours d'un entraînement ☐ ou d'un match amical ☐
	Après informations et renseignements, honnêtement je pense être _____ points
Club (entraîneur)	Classification proposée : _____ points

Classificateur	
Avis du classificateur	

SIGNATURES

Club (entraîneur)	Joueur/joueuse	Classificateur
Date :	Date :	Date :
Signature :	Signature :	Signature :