

RAPPORT MEDICAL POUR ATHLETES AVEC HANDICAP PHYSIQUE

Ce formulaire est requis pour faire état d'un handicap physique en accord avec la réglementation de classification pour le Para-Aviron de la Fédération Internationale des Sociétés d'Aviron (FISA).

Il doit être entièrement rempli et signé par un professionnel de santé diplômé.

En cas de demande pour la classification internationale, merci de remplir ce formulaire de manière lisible en anglais, et de fournir tous les examens et compte-rendus traduits en anglais également.

Le formulaire rempli avec ses pièces jointes doit être soumis par email à la FFA : handicaps@ffaviron.fr.

Afin de classer correctement les athlètes, ce formulaire doit être entièrement rempli et soumis avec chaque pièce complémentaire obligatoire ou qui pourrait être utile, au moins 15 jours avant la classification. Sans ce formulaire dûment rempli, les athlètes ne pourront pas avoir de rendez-vous de classification.

1. INFORMATION SUR L'ATHLETE

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Sexe : Femme Homme Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____

Fédération Nationale _____

2. MEDICAL INFORMATION

Pour être éligible pour le Para-Aviron, un Athlète doit avoir un handicap étant le résultat direct d'un état de santé résultant en une **limitation permanente et vérifiable de ses activités** :

Etat de santé (Diagnostic) Code(s) CIM-9 _____ ou Code(s) CIM-10 _____

--

Date du début : _____ Age de l'Athlète au début : _____

Handicaps

Cochez la/les case(s) ci-dessous pour indiquer le type de handicap que l'Athlète présente et qui mène à une limitation permanente et vérifiable de ses activités.

Type d'handicap permanent et vérifiable	Exemples de l'état de santé (diagnostic) causant le handicap	Tests additionnels complémentaires / documentation obligatoire et devant être présentés avec ce formulaire ou à la demande
<input type="checkbox"/> Force musculaire altérée	Blessure médullaire, dystrophie musculaire, plexus brachial, paralysie congénitale, poliomyélite, spina bifida, syndrome de Guillain-Barré	Résultats des tests musculaires manuels, EMG *, vitesse de conduction nerveuse*
<input type="checkbox"/> Amplitude de mouvement altérée	Arthrogrypose, ankyloses, suite de brûlures, contractures articulaires	Mesures goniométriques, Radiographies
<input type="checkbox"/> Handicap à un ou plusieurs membre(s)	Amputation résultant d'un traumatisme ou déficience congénitale	Photographie du/des membre(s) atteint(s)
<input type="checkbox"/> Hypertonie	Paralysie cérébrale, AVC, atteinte cérébrale, sclérose multiple	Résultats des tests musculaires manuels, test de coordination, IRM *, EMG *
<input type="checkbox"/> Ataxie	Ataxie résultant d'une paralysie cérébrale, atteinte cérébrale, Ataxie de Friedreich, sclérose multiple, ataxie spinocérébelleuse	Résultats des tests musculaires manuels, test de coordination, IRM *, EMG *
<input type="checkbox"/> Athétose	Paralysie cérébrale, AVC, atteinte cérébrale	Résultats des tests musculaires manuels, test de coordination, IRM *, EMG *
<input type="checkbox"/> Déficience Visuelle	Myopie, champ visuel, scotome, rétine pigmentaire, glaucome, cataracte congénitale, dégénérescence maculaire	Compléter le formulaire VI de Diagnostic Médical. (Voir le lien sur www.ffaviron.fr)

* Documents demandés en cas de demande de classification internationale uniquement

Résumé de l'historique médical :

Complications médicales possibles en lien avec l'état de santé et le handicap :

Médicamentation (prescrite et sans prescription) :

Allergies

3. MERCI DE JOINDRE TOUT DOCUMENT PERTINENT SUR LE DIAGNOSTIC OU DES TESTS

4. DECLARATION DU PRATICIEN MEDICAL

Nom :	_____		
Spécialité :	_____		
Numéro RPPS :	Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____
Adresse :	_____		
Ville :	_____	Pays :	_____
Tél. :	_____	Email :	_____
Signature du praticien :	_____		
Date :	_____		
