

DEMANDE DE CARTE DE CLASSIFICATION

CLUB **VILLE** **Adresse pour le retour du courrier** **CORRESPONDANT DE L' ASSOCIATION**
Nom :

Adresse :

Code postal **Ville** **Tél** **@ mail :**

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE

SEXE : **NATIONALITE :**

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

**Pratiquant le Basket-Ball 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 Point (s) Avis du Capitaine Point (s)

DECISION N° **Le** / / **réservé à la commission**

Pour jouer, je suis installé en fauteuil avec : Cocher la case correspondante

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
	rigide
Protège vêtements à gauche	souple
	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	



Je suis	TETRA	PARA	SPINA	AMPUTE	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)

Avez vous quelque chose (remarques) à ajouter concernant la classification proposée par le Classificateur ou le Capitaine de l'équipe ?

.....

JE CERTIFIE TOUS CES RENSEIGNEMENTS RIGOREUSEMENT EXACT

DATE :

SIGNATURE :

--

Opinion du Capitaine

Concernant la classification

.....

Nombre de points estimés :

--

Signature :

NOM	PRENOM :	Tel / Fax :
------------	-----------------	--------------------

N° de la carte de classification du Capitaine :

/ /

Merci d'envoyer les pages complétées à : DINH Tan Trien, 6 rue de Verdun, 92600 Asnières avec les **documents suivants** :

- ◆ **2 photos d'identité**
- ◆ **Une photocopie d'un document officiel comportant une photo et la mention de la nationalité**
- ◆ **UNE ENVELOPPE TIMBRÉE** libellée avec adresse pour retour de la carte.

2 Renvoyer à : DINH Tan Trien- 6 Rue de Verdun 92600 Asnières -

E-mail : dtantrien@gmail.com

EVALUATION PHYSIQUE DU JOUEUR

Ce document est à compléter en priorité par :

- Un Classificateur agréé par la CF de BB appartenant au corps médical ou para-médical.
- Un Licencié à la FFHandisport appartenant au corps médical ou para-médical.
- Un membre du corps médical ou para-médical pratiquant régulièrement l'évaluation musculaire.

NOM DU JOUEUR	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

ADRESSE :

Code postal : Ville : Tel :

H
A
N
D
I
C
A
P

		A DROITE	A GAUCHE
TETRA	MOTEUR		
	Normal au-dessus de : Complet au-dessous de :		
PARA	NIVEAU METAMERIQUE	INCOMPLET	
SPINA	SENSITIF		
	Normal au-dessus de : Complet en dessous de :		

POLIO

--

	MSD / MSG	MID / MIG
AMPUTE	BRAS / AV BRAS / MAIN	CUISSE / JAMBE / PIED

Entourez les propositions concernées. Précisez le niveau. (Désarticulé, 1/3 supérieur, 1/3 moyen, 1/3 inférieur)

DIVERS	
---------------	--

Le sportif a-t-il des handicaps associés ? (Précisez la localisation)

SCOLIOSE	ARTHRODESE	P.O.A ou OSTEOOME	COORDINATION

AUTRES REMARQUES :

Le déplacement debout est-il possible

OUI	NON
------------	------------

Le déplacement debout est :

USUEL	EXEPTIONNEL	THERAPEUTIQUE
--------------	--------------------	----------------------

Composez l'aide au déplacement debout en indiquant le matériel utilisé.

EVALUATION MUSCULAIRE

MEMBRES SUPERIEURS		
DROITE	EPAULE	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	COUDE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROIT	POIGNET	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Inclinaison Cubitale	
	Inclinaison Radiale	
DROITS	DOIGTS	GAUCHES
	Flexion	
	Extension	

MEMBRES INFERIEURS		
DROITE	HANCHE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	ABDuction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	GENOU	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
TRONC		
A DROITE		A GAUCHE
	Abdominaux supérieurs	
	Abdominaux inférieurs	
	Extenseurs supérieurs	
	Extenseurs inférieurs	
	Rotation	
	Inclinaison	

SPASTICITE

NULLE	FAIBLE	MODEREE	FORTE	GENANTE
-------	--------	---------	-------	---------

Pensez-vous que le joueur ait correctement coopéré ?

OUI	OUI / NON	NON
------------	-----------	-----

REMARQUES :

NOM:

NOMBRE DE POINTS ESTIMES :

Prénom:

Signature :

Tél.: