

Nom du Sportif : .....

## **RAPPORT MÉDICAL POUR LES ATHLÈTES AVEC UN HANDICAP PHYSIQUE**

Ce formulaire permet d'identifier les déficiences physiques d'un athlète conformément aux règlements de classification de la Fédération Française d'Aviron (FFA) et de la Fédération Internationale d'Aviron (FISA) pour le para-aviron.

Il doit être complété en entier lisiblement (en Majuscule) et signé par un médecin du sport ou médecin agréé.

Le formulaire rempli avec toutes les pièces jointes doit être envoyé par e-mail avec dans l'objet du mail le nom de l'athlète, au responsable de la classification à la FFA à l'adresse suivante : [handicaps@ffaviron.fr](mailto:handicaps@ffaviron.fr)

Afin que les athlètes soient classifiés le plus justement, ce formulaire complet avec tous les résultats de test supplémentaire requis ou utile, doit être envoyé au moins 30 jours avant la date de la classification. Sans ce formulaire dûment rempli, les athlètes pourraient ne pas être éligibles à la pratique du para-aviron en compétition.

### **1. Information sur l'athlète**

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Homme                      Femme

Année de naissance : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### **2. Informations Médicales**

Tenant compte du fait que pour être admissible au para-aviron, **un athlète doit avoir une déficience qui est le résultat direct d'un état de santé qui a entraîné une limitation d'activité permanente et vérifiable :**

État de santé (diagnostic) :                      Code(s) ICD-9 :                      ou code(s) ICD-10 :

Date à laquelle l'état de santé a évolué : \_\_\_\_\_ Âge du sportif à cette époque : \_\_\_\_\_

Nom du Sportif : .....

## Déficiences

Cochez la/les case(s) ci-dessous pour indiquer le(s) type(s) de handicap du sportif qui entraîne(nt) une limitation d'activité permanente et vérifiable.

Type de déficience permanente et vérifiable	Exemples d'état de santé (diagnostic) susceptible de causer une telle déficience	Documents/rapports/tests médicaux qui peuvent être présentés pour vérifier le diagnostic et la déficience admissible
<input type="checkbox"/> <p><b>Puissance musculaire affaiblie</b> Les athlètes ont une capacité réduite ou inexistante à contracter volontairement leurs muscles afin de se déplacer ou de générer de la force</p>	Lésion de la moelle épinière (SCI), dystrophie musculaire, lésion du plexus brachial, paralysie d'Erb, spina bifida, agénésie sacrée, syndrome de Guillain-Barré, poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de spécialistes détaillant l'état, la date et le mécanisme de la blessure, les interventions chirurgicales ou les plans de traitement, les médicaments.</li> <li>- Résultats des tests musculaires manuels. - Scores ASIA (pour SCI).</li> <li>- EMG - Vitesse de conduction nerveuse. - Biopsie</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Trouble des Mouvements</b> Les athlètes ont une restriction ou l'absence de mouvement en passif dans une ou plusieurs articulations</p>	Limitations articulaires, arthrogryposes, ankyloses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports spécialisés détaillant la déficience.</li> <li>- Mesures goniométriques</li> <li>- Radiographies des membres ou des articulations touchés</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Déficience des membres</b> Les athlètes ont une absence totale ou partielle d'os ou d'articulations</p>	Déficience congénitale d'un membre ou amputation à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de spécialistes pertinents détaillant la chirurgie/ la dysmélie</li> <li>- Photographie du membre affecté</li> <li>- Radiographies du membre/de l'articulation touché(e)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Hypertonie</b> Les athlètes ont une augmentation de la tension musculaire et une capacité réduite des muscles à s'étirer causée par des dommages au système nerveux central</p>	Infirmité motrice cérébrale, accident vasculaire cérébral, lésion cérébrale, sclérose en plaques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de neurologie détaillant l'état, la date et le mécanisme de la blessure, plans de traitement, médicaments....</li> <li>- Tests de coordination. - Scores d'Ashworth modifiés. - IRM cérébrale. - EMG. - Pour la SEP, IRM du cerveau et de la colonne vertébrale de moins 6 mois</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Athétose</b> Les athlètes ont des mouvements involontaires lents continus</p>	Paralysie cérébrale, accident vasculaire cérébral, lésion cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de neurologie détaillant l'état, la date et le mécanisme de la blessure, les interventions chirurgicales, les plans de traitement, les médicaments... - Tests de coordination. - Scores d'Ashworth modifiés. - IRM. - EMG</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Ataxie</b> Les athlètes ont des mouvements non coordonnés causés par des dommages au système nerveux central</p>	Paralysie cérébrale, accident vasculaire cérébral, lésion cérébrale, sclérose en plaques, ataxie spinocérébelleuse, ataxie de Friedreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de neurologie détaillant l'état, la date et le mécanisme de la blessure, les interventions chirurgicales, les plans de traitement, les médicaments... - Tests de coordination. - Scores d'Ashworth modifiés. - IRM. - EMG</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <p><b>Déficience visuelle</b> Les athlètes ont une vision réduite ou nulle des deux yeux, en raison de lésions de la structure oculaire, des nerfs optiques ou des voies optiques, ou du cortex visuel du cerveau</p>	Rétinite pigmentaire, dystrophie du cône en bâtonnets, dégénérescence maculaire, cataracte congénitale, myopie, vision tunnel, anophtalmie bilatérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports d'ophtalmologie détaillant le diagnostic, les interventions chirurgicales, les plans de traitement, les médicaments</li> <li>- Test d'acuité visuelle*/de champ visuel*</li> <li>- ERG. - OCT. - VEP</li> <li>*réalisé au cours des 12 derniers mois, reportez-vous également aux informations spécifiques sur les tests VI.</li> </ul>

Nom du Sportif : .....

Résumé des antécédents médicaux :

Procédures médicales futures possibles liées à la déficience et à l'état de santé présentés :

Tous les médicaments (sur ordonnance et en vente libre) :

Allergies :

Nom du Sportif : .....

**3. VEUILLEZ JOINDRE TOUT TEST DE DIAGNOSTIC PERTINENT**

**4. DÉCLARATION DU MÉDECIN**

Je certifie que les informations ci-dessus sont médicalement appropriées

Nom du Médecin : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin Praticien : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_