FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC MEDICAL

Document obligatoire pour toute demande de classification (préalable à la constitution du dossier).

Pour être éligible à une discipline handisport, un athlète doit présenter une déficience physique ou sensorielle à caractère permanent causée par une pathologie identifiée. Cette déficience doit faire partie des déficiences éligibles par le code de l'IPC (Comité Paralympique International) et être responsable d'un handicap minimum pour accéder aux compétitions. L'objectif de ce formulaire est d'évaluer le type de déficience et de caractériser la pathologie médicale afin de déterminer l'éligibilité de l'athlète.

Les formulaires constituant le dossier de classification (diagnostic médical, consentement, tests fonctionnels/musculaires) doivent être complétés, les informations médicales diagnostiques pertinentes doivent être téléchargées sur la plateforme dédié.

La Fédération Française Handisport se réserve le droit de demander des informations complémentaires, si cela s'avère nécessaire. L'athlète participera aux compétitions dès lors que tous les documents demandés auront été complétés et transmis.

INFORMATIONS ATHLETE

*(A remplir **par l'athlète ou par le représentant légal si athlète mineur**)*

Nom :	
Prénom(s) :	Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre	
Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Numéro de téléphone :	Email :
Club :	
☐ J'accepte que ces informations soient communiquées à la Fédération Française Handisport à des fins de classification	
Date :	Signature :

INFORMATIONS MEDICALES

*(A remplir **uniquement par un médecin**)*

Handicaps éligibles

Physique

☐ Déficit de force musculaire (atteinte neurologique centrale ou périphérique)

☐ Déficit d'amplitude articulaire passive (restriction de mobilité passive due à un problème osseux, articulaire ou péri-articulaire, du tissu conjonctif)

☐ Déficience d'un membre / différence de longueur d'un membre (Absence partielle ou complète d'un membre, irrégularité anatomique post traumatique/congénitale, ou toute maladie affectant l'os ou l'articulation, différence minimale entre les membres de 7 cm)

☐ Petite taille (longueur réduite des os des jambes ou du tronc) *NB : chaque discipline sportive accepte une taille maximum différente*

☐ Trouble de la coordination motrice (hypertonie/spasticité, ataxie, dyskinésie (athétose, dystonie, chorée))

☐ **Déficience visuelle** (détérioration visuelle due à une atteinte de l'œil, du nerf optique ou du cortex visuel)

☐ **Déficience intellectuelle**

Les autres handicaps (non cités ci-dessus) ne sont pas reconnus à l'international, mais peuvent l'être au niveau national, après étude du dossier par le panel de classificateurs nationaux de la discipline identifiée.

Si l'athlète est dans cette situation, veuillez cocher la case ci-dessous :

☐ Autre

Origine :

☐ Congénital ☐ Acquis

Si acquis, date d'apparition : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Diagnostic médical responsable du handicap : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Description de la/les partie(s) du corps affectée(s) et des limitations : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Latéralité :

☐ Droitier ☐ Gaucher

Examens complémentaires objectivant la pathologie : se référer à la liste des examens fournie en annexe

Les résultats d'examens et investigations médicales attestant le diagnostic **DOIVENT** être joints -à télécharger en PJ -

Autres facteurs pertinents (épilepsie, problèmes cardiaques, diabète, etc.)
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'état de santé est : ☐ Fluctuant ☐ Stable ☐ Evolutif
Traitement actuel– posologie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Présence de déficience(s) complémentaire(s) : ☐ Visuelle ☐ Auditive ☐ Fonctions respiratoires ☐ Fonctions métaboliques ☐ Fonctions cardiovasculaires ☐ Psychologiques ☐ Déficience intellectuelle ☐ Douleurs ☐ Hypermobilité / Instabilité des articulations ☐ Endurance musculaire (fatigue chronique) Autre(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Description(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je soussigné(e), Dr *Nom - Prénom*, *spécialité médicale,* atteste de la véracité des éléments transmis ci-dessus, et déclare suivre le patient nommé ci-dessus depuis Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro RPPS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	**Adresse :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Code postal-Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	**Pays :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	**Téléphone :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	
Signature :	**Tampon :**