



NOTE POUR LES CANDIDATS À LA CLASSIFICATION PARA-TIR ÉCOLES DE TIR

Votre enfant évolue dans les disciplines Pistolet, Carabine ou Plateau et vous désirez qu'il obtienne une classification pour participer aux compétitions officielles de tir sportif en tant qu'athlète en situation de handicap.

Pour les catégories Poussin, Benjamin et Minime, la Commission Nationale Sportive Para-tir a établi une procédure de classification spécifique pour ces jeunes athlètes, se basant sur les mêmes règles d'évaluation contenues dans le Code National de Classification établi par le Comité Paralympique et Sportif Français, ainsi qu'aux « *Classification Rules and Regulations* » du World Shooting Para Sport.

Une classe sportive pourra être attribuée de façon temporaire sur dossier, mais il est fortement recommandé et demandé dans certain cas qu'un examen physique du jeune athlète, par un panel de classificateurs officiels, soit effectué.

Cette classe sportive pourra être revue si l'évolution du handicap le nécessite (à la demande des classificateurs ou du représentant légal du licencié).

Un examen physique de classification devra obligatoirement être effectué au passage en catégorie Cadet.

Afin de déterminer si votre enfant est éligible à la classification Para-tir et ainsi pouvoir bénéficier d'un examen physique avec un panel de classificateur, il vous faut :

- Fournir les renseignements médicaux précis concernant les handicaps concernés (diagnostic, origine, comptes rendus d'examens, ...);
- Fournir la liste des médicaments et/ou traitements en cours (attestation certains peuvent être considérés comme dopants, renseignez-vous sur www.aflid.fr);
- Faire remplir par un praticien (médecin spécialisé en rééducation fonctionnelle, médecin du sport, kinésithérapeute) la Fiche de Classification, accompagnée de la notice explicative.

Attention : Il est important que la fiche de classification soit entièrement complétée !

Tous ces renseignements devront être transmis sous pli cacheté à la **Commission médicale – Fédération Française de Tir**, qui sera inséré dans une autre enveloppe adressée à :

**Floriane GUILLOT HAYS - Fédération Française de Tir
38 rue Brunel - 75017 Paris**

Après examen du dossier vous recevrez par mail les informations concernant la suite du processus de classification.

**La Commission Médicale
Fédération Française de Tir**



FICHE DE CLASSIFICATION NATIONALE PARA-TRAP



PARTIE 1 - INFORMATIONS DE CLASSIFICATION

1.1 INFORMATIONS SUR L'ATHLÈTE

NOM		PRÉNOM(S)	
SEXE		DATE DE NAISSANCE	
N° DE LICENCE			
ADRESSE POSTALE			
ADRESSE MAIL			

DISCIPLINE PRATiquÉE	<input type="checkbox"/> PLATEAU
-----------------------------	----------------------------------

1.2 INFORMATIONS MÉDICALES

Types d'altérations physiques

<input type="checkbox"/> Altération de la puissance musculaire	<input type="checkbox"/> Altération de l'amplitude passive des articulations	<input type="checkbox"/> Néant
<input type="checkbox"/> Amputation d'un membre	<input type="checkbox"/> Différence de longueur de jambe	

Description détaillée des handicaps et des conditions de santé

PARTIE 2 - ÉVALUATION PHYSIQUE

2.1 - 2.2 ALTÉRATION DE LA PUISSANCE MUSCULAIRE (2.1) & DE L'AMPLITUDE PASSIVE DES ARTICULATIONS (2.2)

LATERALITÉ	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> DROITE
-------------------	---------------------------------	---------------------------------

MEMBRES SUPÉRIEURS		ÉPAULE						COUDE				POIGNET		DOIGTS (2-5) (MCP)		POUCE		TOTAL POINTS (80/160)	TOTAL POINTS PERDUS		
		FLEXION	EXTENSION	ABDUCTION	ADDUCTION	ENDOROTATION	EXOROTATION	FLEXION	EXTENSION	SUPINATION	PRONATION	DORSIFLEXION	VOLARFLEXION	FLEXION	EXTENSION	OPPOSITION	EXTENSION				
FORCES MUSCULAIRES (0-5)	DROIT																				
	GAUCHE																				
	PROM	0-90°		0-90°				0-90°	0-90°												
AMPLITUDE DES MOUVEMENTS	DROIT																				
	GAUCHE																				
																				TOTAL PERDUS	

MEMBRES INFÉRIEURS		HANCHE				GENOU		CHEVILLE				TOTAL POINTS (50/100)	TOTAL POINTS PERDUS
		FLEXION	EXTENSION	ABDUCTION	ADDUCTION	FLEXION	EXTENSION	DORSIFLEXION	PLANTARFLEXION	INVERSION	EVERSION		
FORCES MUSCULAIRES (0-5)	DROIT												
	GAUCHE												
COMMENTAIRES :	SUR LES RÉSTRICTIONS D'AMPLITUDE DE MOUVEMENT, DE CONTRACTURE ET DE BESOINS EN ADAPATION D'ASSISE DES MEMBRES INFÉRIEURS.											TOTAL PERDUS	

2.3 AMPUTATION DE MEMBRE

MEMBRE SUPÉRIEUR CONCERNÉ : DROIT / GAUCHE	NIVEAU ET DESCRIPTION
MEMBRE INFÉRIEUR CONCERNÉ : DROIT / GAUCHE	NIVEAU ET DESCRIPTION

2.4 DIFFÉRENCE DE LONGUEUR DE JAMBRE

--

2.5 TRONC

COLONNE VERTÉBRALE	Conditions			Descriptions si présent			
	Scoliose	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON				
	Fixation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON				
Puissance musculaire du tronc		Score		Stabilité du tronc		Score	
Flexion du tronc				TEST 1 : Inclinaison avant		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
Extension du tronc				TEST 2 : Inclinaison arrière		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
Rotation sur le côté droit				TEST 3 : Inclinaison en dehors de la base support		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
Rotation sur le côté gauche				TEST 4 : Courbure de chaque côté		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
TOTAL POINTS (20/20)				TEST 5 : Rotation		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
CONCLUSION							
Position assise autorisée		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Assise adaptée		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI (Spécifier) :

Commentaires de l'athlète (soins, traitement médical, fauteuil, tierce personne,...) :

--

Commentaires de l'examineur :

--

Coordonnées de l'examineur (titre, nom, prénom, adresse, téléphone, courriel) :

--

Signature de l'athlète :

Date :

Signature de l'examineur, tampon :



Formulaire de diagnostic médical d'éligibilité nationale pour athlète à handicap physique

Le formulaire est à compléter par un Médecin Physique et de Réadaptation (recommandé) ou à défaut par le Médecin traitant de l'athlète.

Ce formulaire ne doit pas être complété au-delà de 6 mois avant le passage de l'évaluation auprès de la commission de classification. Ce document s'applique aux athlètes ayant un handicap physique et désirant accéder aux compétitions sportives d'une discipline.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ATHLÈTE

NOM

PRENOM

FEMME :

HOMME :

DATE DE NAISSANCE

SPORT :

INFORMATIONS MÉDICALES

Évolutivité du handicap : Évolutive :

Fluctuante :

Stable :



HISTORIQUE MÉDICAL

La condition de santé est : <input type="checkbox"/> congénitale <input type="checkbox"/> acquise
Si non congénital, âge d'acquisition :
Interventions prévues :

TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'état de santé de l'athlète mentionné sur ce formulaire doit être le résultat d'handicaps expliquant pleinement la perte de fonctionnalité pour lesquelles l'athlète sera évalué lors de futures classifications. Les éléments médicaux relevés sur ce formulaire doivent pouvoir justifier la perte fonctionnelle liée au handicap de l'athlète.

L'athlète doit présenter un handicap minimal afin d'être éligible. Dans cette optique, il devra fournir tous les éléments justifiant son atteinte fonctionnelle, notamment :

- Les pathologies ou diagnostics ne pouvant être constatés par des signes et symptômes clairs.
- Les conditions de santé complexes et avec handicaps multiples.
- Les déficiences de membres (amputation ou dissymétrie) au niveau des articulations. Des radiographies des zones concernées peuvent être ajoutées au dossier.
- Les lésions de la moelle épinière, tous documents récents de mesures seront à rajouter.
- Les déficiences liées à l'ataxie, l'hypertonie, l'athétose.

En outre, l'athlète devra fournir les examens complémentaires en sa possession, les comptes rendus médicaux et toute pièce justifiant de l'atteinte physique afin de compléter les diagnostics initiaux.

De plus, il devra également fournir la liste des médicaments et/ou traitements en cours.

La commission de classification pourra être amenée à demander plus d'informations liées aux pathologies et déficiences de l'athlète concerné.



Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes

Nom :

Spécialité médicale :

Numéro d'inscription Conseil National de l'Ordre des Médecins :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Date :

Signature et cachet :