

FORMULAIRE DE CLASSIFICATION

Partie réservée au demandeur

Je soussigné

Né le:

Adresse :

Mail : Tel :

Joueur licencié FFR XIII au sein du club de

demande à être « classifié » dans le cadre de la pratique du Rugby XIII Fauteuil

Je n'ai aucun handicap et sollicite ma classification en tant que joueur « valide »

(cocher le cercle si la réponse est oui):

DESCRIPTION DU HANDICAP

Amputation / agénésie

Au niveau du pied : côté droit côté gauche

Au niveau de la jambe (tibiale) : côté droit côté gauche

Au niveau de la cuisse (fémorale) : côté droit côté gauche

Au niveau d'un ou plusieurs membres supérieurs (bras, avant-bras, main, doigts): préciser la (les) lésion(s)

.....

Hémiplégie: membre supérieur droit membre supérieur gauche

membre inférieur droit membre inférieur gauche

Tétraplégique :

Préciser le niveau de la lésion :

Préciser les capacités motrices lésées (rayer lorsqu'il n'y a pas d'atteinte): mobilité main G / mobilité main D / mobilité bras G /
mobilité bras D / mobilité du tronc / mobilité jambe G / mobilité jambe D

Paraplégie :

Préciser le niveau de la lésion :

Préciser les capacités motrices lésées (rayer lorsqu'il n'y a pas d'atteinte): mobilité main G / mobilité main D / mobilité bras G /
mobilité bras D / mobilité du tronc / mobilité jambe G / mobilité jambe D

Spina-Bifida:

Préciser le niveau de la lésion :

Préciser les capacités motrices lésées (rayer lorsqu'il n'y a pas d'atteinte): mobilité main G / mobilité main D / mobilité bras G /
mobilité bras D / mobilité du tronc / mobilité jambe G / mobilité jambe D

Polio:

Préciser les capacités motrices pouvant être sollicitées :

Préciser les capacités motrices lésées (rayer lorsqu'il n'y a pas d'atteinte): mobilité main G / mobilité main D / mobilité bras G /
mobilité bras D / mobilité du tronc / mobilité jambe G / mobilité jambe D

Autres (préciser la nature du handicap)

.....
.....

Préciser les capacités motrices lésées (rayer lorsqu'il n'y a pas d'atteinte): mobilité main G / mobilité main D / mobilité bras G /
mobilité bras D / mobilité du tronc / mobilité jambe G / mobilité jambe D

AUTO EVALUATION DES APTITUDES MOTRICES

cocher le cercle si la réponse est oui

Hors fauteuil:

• Je ne peux pas jouer au Rugby à XIII valide sans risque pour ma santé:

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas courir sur une distance > à 100m (sans équipement):

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je peux marcher, mais pas courir du tout

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas effectuer un des gestes techniques du Rugby à XIII valide:

Si c'est le cas, préciser quel geste est impossible, et pour quelle raison :

.....

En fauteuil:

dans les conditions suivantes: assise non inclinée, avec un maintien adéquat au niveau des hanches (sanglage ferme)

• Je ne peux pas aplatir et me baisser pour marquer un essai:

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas saisir et pousser fermement une ou les 2 roues du fauteuil:

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas tenir le ballon à 1 main : main gauche main droite

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas passer le ballon à droite ET à gauche, vers l'arrière, à 2 mains, sans déséquilibre:

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

• Je ne peux pas attraper correctement un flag à 1 main : main gauche main droite

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

- Je ne peux pas ramasser un ballon au sol vers l'avant, à gauche ou à droite et me redresser sans l'aide de mes bras **O**

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

- Je ne peux pas effectuer une rotation franche du tronc pour faire une passe, côté droit, sans l'aide des bras **O**

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

- Je ne peux pas effectuer une rotation franche du tronc pour faire une passe, côté gauche, sans l'aide des bras **O**

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

- En cas d'impact, mon équilibre général sur le fauteuil est difficile sans utiliser mes mains : **O**

Si c'est le cas, préciser pour quelle raison :

J'atteste l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et autorise leur utilisation ainsi que leur communication dans les limites du cadre sportif concerné.

Date et signature du demandeur:

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN OU UN KINESITHEREPEUTE

ATTENTION! : toutes les pages doivent être signées ou cachetées par le médecin / kinésithérapeute

Nom : Prénom:

Médecin Kinésithérapeute

Tél : Mél :

Je certifie ces renseignements rigoureusement exacts concernant :

Date, signature et cachet (obligatoire)

En cas de constatation manifeste d'une déclaration volontairement inexacte dans le formulaire de classification, les instances fédérales se réservent le droit de ne plus accepter de déclaration de la part du professionnel auteur de cette dernière. Le joueur aura à sa charge de produire un nouveau formulaire, rempli par un autre médecin.