



FORMULAIRE CLASSIFICATION

SAISON 2019/2020

Ce formulaire de demande de classification est déclaratif.

Il doit être rempli par le joueur et contrôlé par un professionnel de santé (médecin ou kinésithérapeute) qui s'engage sur l'exactitude des renseignements.

La Commission Rugby Fauteuil de la FFRXIII, sur demande de la Cellule Classification, se réserve le droit de saisir la Commission Médicale de la FFRXIII, et tout joueur peut ainsi être amené à être présenté devant elle en cas de doute sur les limitations mentionnées ou dans le cas où celles-ci nécessiteraient une analyse plus précise.

Je soussigné (Prénom, Nom):

Né le (jj/mm/aaaa):

Adresse:

Mail:

Tel:

Licencié au club (nom du club):

Numéro de licence saison 2019/2020:

si la licence n'a pas encore été prise, le numéro vous sera demandé plus tard (lors de l'édition de la carte)

Demande à être classifié dans le cadre de la pratique du rugby XIII fauteuil.

PARTIE 1: DESCRIPTION DU HANDICAP

1.1 AMPUTATION ou AGÉNÉSIE

Côté Droit: *cocher si l'atteinte concerne le niveau désigné*

☐ au niveau du pied / ☐ tibial (entre cheville et genou) / ☐ fémoral (entre genou et hanche)

Côté Gauche:

☐ au niveau du pied / ☐ tibial (entre cheville et genou) / ☐ fémoral (entre genou et hanche)

Membre supérieur D (préciser):

Membre supérieur G (préciser):

Précisions utiles:

Autres limitations:

1.2 PARAPLÉGIE (ou atteinte assimilable)

Niveau de lésion vertébrale:

Niveau moteur:

Membres Inférieurs *rayé lorsqu'il n'y a pas d'atteinte*

Côté Droit: mobilité de la cheville / mobilité du genou / mobilité de la hanche

Détailler:

Côté Gauche: mobilité de la cheville / mobilité du genou / mobilité de la hanche

Détailler:

Tronc *rayé lorsqu'il n'y a pas d'atteinte*

flexion / extension / rotation à G / rotation à D / inclinaison à G / inclinaison à D

SIGNATURE DU JOUEUR:

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL:

Précisions utiles:
Autres limitations:

1.3 AUTRE PATHOLOGIE

Nom de la pathologie:
Description générale:

Membres Supérieurs *raier lorsqu'il n'y a pas d'atteinte*

Côté Droit: mobilité des doigts / mobilité du poignet / mobilité du coude / mobilité de l'épaule

Détailler:

Côté Gauche: mobilité des doigts / mobilité du poignet / mobilité du coude / mobilité de l'épaule

Détailler:

Membres Inférieurs *raier lorsqu'il n'y a pas d'atteinte*

Côté Droit: mobilité de la cheville / mobilité du genou / mobilité de la hanche

Détailler:

Côté Gauche: mobilité de la cheville / mobilité du genou / mobilité de la hanche

Détailler:

Tronc *raier lorsqu'il n'y a pas d'atteinte*

flexion / extension / rotation à G / rotation à D / inclinaison à G / inclinaison à D

Précisions utiles:
Autres limitations:

PARTIE 2: ÉVALUATION DU DEGRÉ DE LIMITATION À L'ACTIVITÉ

☐ j'ai déjà été classifié dans un autre handisport (basket fauteuil, quad rugby, athlétisme, ski, etc...)

si vous avez coché la case, merci de communiquer une copie numérisée de la carte obtenue

2.1 VUE D'ENSEMBLE DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

☐ j'utilise un fauteuil roulant au quotidien

je peux tenir debout:

☐ sur mes deux pieds uniquement / ☐ sur ma jambe gauche / ☐ sur ma jambe droite

☐ je peux marcher / préciser si besoin d'appareillage:

☐ je peux courir sur quelques mètres

2.2 POSITIONNEMENT ET AIDES TECHNIQUES

Fauteuil roulant quotidien (fauteuil "ville")

☐ assise inclinée vers l'arrière (genoux plus hauts que les hanches)

☐ assise inclinée vers l'avant (genoux plus bas que les hanches)

☐ assise à plat

hauteur du dossier:

Fauteuil roulant sport (utilisé pour les matchs de XIII fauteuil)

☐ assise inclinée vers l'arrière (genoux plus hauts que les hanches)

☐ assise inclinée vers l'avant (genoux plus bas que les hanches)

☐ assise à plat

hauteur du dossier:

Appareillage nécessaire à la pratique (prothèse, orthèse de positionnement, etc) :

SIGNATURE DU JOUEUR:

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL:

2.3 APTITUDES MOTRICES À LA RÉALISATION DES GESTES DU XIII FAUTEUIL

Les tests suivants doivent être réalisés par le joueur, et si possible en présence du professionnel de santé qui signe le formulaire.

Ils doivent être réalisés en fauteuil de sport et dans les conditions suivantes: assise non inclinée, maintien adéquat au niveau des jambes (sangle ferme au niveau des hanches et des fémurs).

Si votre club n'est pas en capacité de vous proposer un fauteuil correspondant à ces critères, faire le test sur une chaise (avec sangle ferme au niveau des hanches et des fémurs).

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

☐ vers l'avant / ☐ côté gauche / ☐ côté droit

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

Dans le mouvement de passe (vers l'arrière), je ne peux pas passer le ballon sans déséquilibre:

☐ côté droit / ☐ côté gauche

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

Je ne peux pas ramasser un ballon au sol et me redresser sans l'aide de mes bras:

☐ lorsque le ballon est posé à l'avant du fauteuil

☐ lorsque le ballon est posé contre la roue droite

☐ lorsque le ballon est posé contre la roue gauche

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

Je ne peux pas effectuer une rotation franche du tronc pour faire une passe sans l'aide des bras:

☐ côté gauche / ☐ côté droit

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

Les tests suivants doivent être réalisés par le joueur, et si possible en présence du professionnel de santé qui signe le formulaire.

Ils doivent être réalisés en fauteuil de sport:

Je ne peux pas saisir et pousser fermement: ☐ la roue droite / ☐ la roue gauche

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

Je ne peux pas freiner fermement ☐ la roue droite / ☐ la roue gauche

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 attraper correctement un flag à 1 main : ☐ main gauche / ☐ main droite

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

fait à

date:

Le Joueur

Signature:

Le Professionnel de santé

Nom:

Prénom:

Confirme avoir pris connaissance des renseignements fournis (pages 1 à 3) et être en accord avec eux.