**Fiche de renseignements médicaux**

**Pour les athlètes atteints d’un handicap moteur**

Cette fiche doit être remplie par le médecin de l’athlète, puis envoyée à la classification au moins un mois avant la date de la classification.

***CHAMPIONNAT DE FRANCE Concerné*** :

Renseignements sur l’athlète :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Genre : Masculin féminin

Club :

Année/mois du début de la pratique du sport en compétition :

Renseignements Médicaux :

Description du diagnostic médical et des pertes fonctionnelles résultant de cette pathologie (à remplir par le médecin.

|  |
| --- |
|  |
| La pathologie est : progressive stable |

Histoire de la maladie :

La pathologie est : acquise congénitale

Si acquise, depuis quand :

Nom de l’athlète :

Traitement médical

|  |
| --- |
|  |

L'état de santé de l'athlète comme indiqué sur ce formulaire et la déficience doit expliquer pleinement la perte de la fonction présentée par l'athlète lors de l'évaluation de l'athlète. Sinon aucune classe de sport ne pourra être attribuée par le comité de classification, tel que stipulé dans le règlement de la classification.

Par conséquent, la documentation médicale additionnelle, récente et pertinente doit être jointe à ce formulaire si l'athlète a :

* + Une déficience ou un diagnostic qui ne peut être déterminée par des signes et des symptômes clairs,
  + Un problème de santé complexe ou rare, ou des handicaps multiples.
  + Membre déficient (amputation ou dysmélie) au niveau des articulations de la cheville, du genou, du poignet ou du coude (joindre les radios pour les articulations concernées)
  + Une blessure de la moelle épinière (récents résultats d'examens à joindre)
  + Trouble de la coordination comme l’ataxie, l'athétose ou l'hypertonie (joindre les tests musculaires adaptés),

Les rapports sur les tests additionnels faits par médecins, kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de la santé sont les bienvenus, le cas échéant, pour compléter les informations du diagnostic médical,

La fédération et les classificateurs peuvent demander de plus amples informations à soumettre en fonction de l'état de la santé et au handicap de l'athlète,

|  |
| --- |
| Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes  NOM :  Profession :  Adresse :  Ville :  Téléphone :  Email : Cachet et signature du médecin : |