



**FICHE DE " CLASSIFICATION "**

A envoyer soigneusement remplie au médecin de la commission et accompagné d'une enveloppe dûment affranchie à votre adresse.

***Docteur WEIL Michel***  
**6 rue Aristide Briand**  
**67600 SELESTAT**  
[mw67600@gmail.com](mailto:mw67600@gmail.com)

Nom : ..... Sexe : Masculin

Prénom : ..... Féminin

Date de naissance : .....

Pratique le tir depuis le : .....

Pratique le tir en compétition depuis le : .....

Utilise la potence : OUI  NON

Pistolet  Carabine  Biathlon  Plateau

**A REMPLIR PAR LA COMMISSION MEDICALE**

<u>Classification :</u>	<u>SH.1</u>	<u>SH.2</u>	<u>IBSA</u>
A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/> B1
B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/> B2
C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/> B3

Sangle autorisée :      *Pieds*      OUI  NON

*Moignons*      OUI  NON

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ..... Signature du Médecin : .....

**Catégorie de handicap**

Tétra  Les autres   
 Para  IMOC ( CP )   
 Polio  Mal voyant   
 Spina  Aveugle   
 Amputé

Depuis le : .....

**Tétra - Para - Spina - Polio**

Traumatique OUI  NON   
 Niveau moteur : .....

Complet : OUI  NON   
 Niveau sensitif : .....

Spasticité : OUI  NON

**AMPUTATION**

Congénitale :  Acquise   
 Description : .....

**IMOC - CP**

Congénitale :  Acquise   
 Description : .....

**Les autres**

Diagnostic : .....

**Aveugles - Mal voyant**

Nature du handicap : .....

Acuité visuel ( avec correction )

œil droit

œil gauche

Champ visuel ( degrés Goldmann )

œil droit

œil gauche

**Aides techniques**

( appareillage, orthèse, coset,... )

OUI  NON

Description : .....

Sangle : Pied OUI  NON   
 Moignons OUI  NON

Description : .....

**Traitement médical**

Médicaments utilisés : .....

Pourquoi : .....

**Interventions chirurgicales** dans les antécédants

OUI  NON

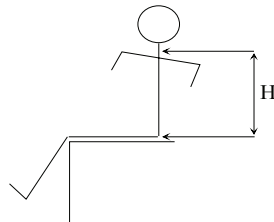
Lesquelles : .....

**EPILEPSIE**

Stabilisé : OUI  NON   
 OUI  NON

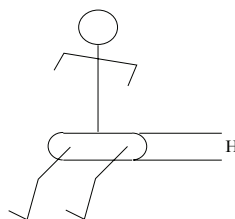
L' épilepsie est une contre-indication au tir en compétition. Seuls les cas exceptionnels, documentés par un dossier d' un neurologue, pourront être autorisés à tirer en compétition.

**Hauteur de la colonne vertébrale** : distance de l' apophyse de C7 au plan horizontal d' assise ( siège ), le tireur étant assis droit sur son fauteuil.



H/3 = hauteur du dossier

**Hauteur de la crête illiaque antérieur du bassin**



Environ la hauteur du "bassin", c' est à dire hauteur du contact de l' os au niveau de la taille

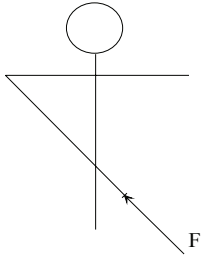
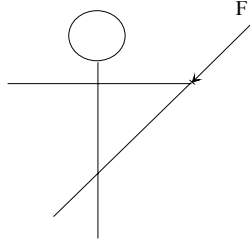
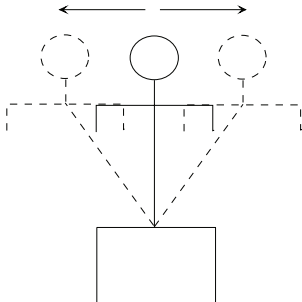
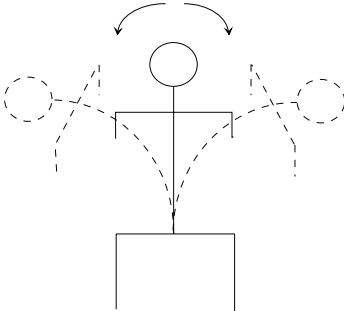
H = hauteur du dossier

En général : H/3 = h = hauteur du dossier

**N' INSCRIRE QUE LES LIMITATIONS ou LES ANOMALIES  
DE LA FORCE MUSCULAIRE**

<b>TESTING MUSCULAIRE</b>		Amplitude normale du mouvement	Force dysfonction musculaire		Amplitude du mouvement	
<i>Membres supérieurs</i>			Droit	Gauche	Droit	Gauche
<b>EPAULE</b>	Flexion	0 - 90				
	Extension	0 - 20				
	Adduction	0 - 90				
	Adduction	90 - 0				
	Add. Horiz.	0 - 120				
	Endoration	0 - 70				
	Exoration	0 - 70				
<b>COUDE</b>						
	Flexion	0 - 150				
	Extension	0 - 10				
<b>FOREARM</b>						
	Supination	0 - 90				
	Pronation	0 - 90				
<b>POIGNET</b>						
	Dorsiflexion	0 - 60				
	Volarflexion	0 - 50				
<b>DOIGTS ( 2 - 5 ) ( MCP )</b>						
	Flexion	0 - 90				
	Extension	0 - 10				
<b>POUCE</b>						
	Opposition					
	Extension					
<b>Total 85 / 170</b>						
<i>Membres inférieurs</i>						
<b>HANCHE</b>						
	Flexion	90 - 100				
	Extension	0 - 10				
	Adduction	0 - 20				
	Adduction	0 - 30				
<b>GENOU</b>						
	Flexion	0 - 90				
	Extension	90 - 0				
<b>CHEVILLE</b>						
	Dorsiflexion	0 - 30				
	Plantarflexion	0 - 50				
	Inversion					
	Eversion					
<b>Total 50 / 100</b>						

*Utiliser l' échelle d' évaluation de la force musculaire  
1 à 5 de DANIELS et WORTHINGHAM*

<b><u>TRONC</u></b>		<b>Fonctionnel ( + )</b>	
		<b>Non fonctionnel ( - )</b>	
<b>Abdominaux</b>			
<b>Extenseurs Spinaux</b>			
<b><u>TEST FONCTIONNELS</u></b>		<b>( + / - )</b>	
<b><u>Test N°.1</u></b>	<p><i>Inclinaison Latérale déplacement horizontal des épaules</i></p> <p><i>M. Carré des Lombes</i></p>		
<b><u>Test N°. 2</u></b>	<p><i>Flexion sur le coté</i></p> <p><i>( membres inférieurs fixes )</i></p>		
<b><u>Test N°. 3</u></b>	<p><i>Test en position de tir avec tout l' équipement</i></p>		

**COMMENTAIRE DE L' EXAMINATEUR**

Signature de l' athlète, attestant sur l' honneur l' exactitude des renseignements donnés.

Cachet du kiné

Signature de l' examinateur.