



## NOTE POUR LES CANDIDATS À LA CLASSIFICATION PARA TIR

Vous désirez obtenir une classification pour participer aux compétitions officielles de tir sportif en tant qu'athlète en situation de handicap.

Une telle classification doit être établie conformément aux règles 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.

**Officiellement, une classe sportive ne peut être attribuée qu'après l'examen physique de l'athlète par un panel de classificateurs officiels.**

Provisoirement, une « classification à distance » peut être envisagée, en fournissant un dossier médical permettant d'apprécier sur pièces l'éligibilité des handicaps. Un statut N (Nouveau) sera attribué, devant être confirmé par le panel de classification pour pouvoir obtenir un classement officiel à partir des championnats de France.

Sur le plan pratique, vous devrez :

- Fournir les renseignements médicaux précis concernant les handicaps concernés (diagnostic, origine, comptes rendus d'examens, traitement en cours, ...);
- Faire remplir par un praticien exercé (médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle, médecin du sport, kinésithérapeute) la Fiche de Classification, accompagnée de la notice explicative (pièces jointes).

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 :

**Philippe QUENTEL - Fédération Française de Tir  
38, rue Brunel - 75017 Paris**

Après examen du dossier par les classificateurs, la réponse vous sera adressée par courrier.

**La Commission Médicale  
Fédération Française de Tir**



# FICHE DE CLASSIFICATION NATIONALE PARA-TIR



## PART 1 - INFORMATIONS DE CLASSIFICATION

### 1.1 INFORMATIONS SUR L'ATHLÈTE

<b>NOM</b>		<b>PRÉNOM(S)</b>	
<b>SEXE</b>		<b>DATE DE NAISSANCE</b>	
<b>N° DE LICENCE</b>			
<b>ADRESSE POSTALE</b>			
<b>ADRESSE MAIL</b>			

<b>DISCIPLINE PRATIQUÉE</b> <small>Une fiche unique par discipline pratiquée</small>	<input type="checkbox"/> PISTOLET	<input type="checkbox"/> CARABINE	<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"/> Amputation d'un membre	<input type="checkbox"/> Néant
<input type="checkbox"/> Ataxie	<input type="checkbox"/> Athétose	<input type="checkbox"/> Hypertonie	

#### Description détaillée des handicaps et des conditions de santé

## PART 2 - ÉVALUATION PHYSIQUE

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

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

MEMBRES SUPÉRIEURS	ÉPAULE								COUDE				POIGNET		DOIGTS (2-5) (MCP)		POUCE		TOTAL POINTS (85/170)	TOTAL POINTS LOST
	FLEXION	EXTENSION	ABDUCTION	ADDUCTION	HORIZ. ADD.	ENDOROTATION	EXOROTATION	FLEXION	EXTENSION	SUPINATION	PRONATION	DORSIFLEXION	VOLARFLEXION	FLEXION	EXTENSION	OPPOSITION	EXTENSION			
	ANATOMICAL RANGE (AR)																			
FORCES MUSCULAIRES (0-5)	DROIT																			
	GAUCHE																			
AMPLITUDE DES MOUVEMENTS	DROIT																			
	GAUCHE																			

MEMBRES INFÉRIEURS	HANCHE				GENOU		CHEVILLE				TOTAL POINTS (50/100)	TOTAL POINTS LOST
	FLEXION	EXTENSION	ABDUCTION	ADDUCTION	FLEXION	EXTENSION	DORSIFLEXION	PLANTARFLEXION	INVERSION	EVERSION		
	ANATOMICAL RANGE (AR)											
FORCES MUSCULAIRES (0-5)	DROIT											
	GAUCHE											
AMPLITUDE DES MOUVEMENTS	DROIT											
	GAUCHE											

**2.3 AMPUTATION DE MEMBRE**

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

<b>2.4 ATAXIE</b>	<b>2.5 ATHÈTOSE</b>	<b>2.6 HYPERTONIE</b>

**2.7 TRONC**

COLONNE VERTÉBRALE	Conditions	Descriptions si présent
	Scoliose	
	Fixation	
Tests	Score	Commentaires
TEST 1 : Inclinaison avant	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
TEST 2 : Inclinaison arrière	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
TEST 3 : Inclinaison en dehors de la base support	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
TEST 4 : Courbure de chaque côté	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	
TEST 5 : Rotation	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> +/- <input type="checkbox"/> -	

Mesure de la longueur totale du dos (de C7 au siège)	cm
---	----

**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 :	
Prénom :	
NPC : France	
Femme : <input type="checkbox"/>	Homme : <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	
Sport :	

### Informations médicales

#### Diagnostic médical et description de la perte fonctionnelle liée au handicap

Evolutivité du handicap : Evolutive :  Fluctuante :  Stable :





<input type="checkbox"/> <b>Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes</b>
<b>Nom :</b>
<b>Spécialité médicale :</b>
<b>Numéro d'inscription Conseil National de l'Ordre des Médecins :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Téléphone :</b>
<b>Mail :</b>
<b>Date :</b>
<b>Signature et cachet :</b>