FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC

pour athlètes en situation de 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. Puis : à retourner par mail : dressage.inter@ffe.com ou par courrier : FFE, Parc Equestre Fédéral, 41600 Lamotte-Beuvron.
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. Indépendamment de la condition de santé ainsi que du handicap de l'athlète, une information médicale devra être ajoutée à ce formulaire.

Informations concernant l'athlète
À remplir par l'athlète qui demande une classification

Nom			Prénom		
Sexe	☐ Femme	☐ Homme	Date de naissance		
Numéro de licence					
Sport					
Email					
Téléphone					
Adresse					

Informations médicales
Cette section DOIT être remplie exclusivement par un médecin
Veuillez joindre un rapport séparé si l'espace disponible est insuffisant

Nom du patient	
Diagnostic médical détaillé :	

Rapport médical de diagnostic et résultats des examens cliniques (par exemple, échelle ASIA pour les lésions de la moelle épinière ; rapport radiographique ; IRM ; scanner ; biopsie musculaire ; étude de la conduction nerveuse). À joindre si possible.

Handicap(s) principal(aux) découlant du diagnostic médical :

☐ Diminution de la force musculaire ☐ Ataxie ☐ Différence de longueur des jambes

☐ Amplitude de mouvement passive réduite ☐ Athétose ☐ Amputation/Perte d'un membre

☐ Petite taille (taille: cm) ☐ Hypertonie

La condition de santé est : ☐ Permanente ☐ Stable ☐ Progressive ☐ Fluctuant

Année d'acquisition : (aaaa) ☐ Congenitale (naissance)

Autres informations concernant les interventions thérapeutiques ou pharmaceutiques ou les interventions chirurgicales (avec indication de la date) en rapport avec leur handicap, passées ou à venir :

Présence d'autres problèmes de santé ou diagnostics :

☐ Déficience visuelle ☐ Déficience auditive ☐ Douleur

☐ Déficience intellectuelle ☐ Diagnostics psychologiques

☐ Hypermobilité/instabilité articulaire ☐ Autres

Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes	
Nom du médecin	
Spécialité médicale	
Adresse	
Téléphone	
Mail	
Date	
Signature et cachet :	