

# Basket-ball

<b>Nom :</b> .....	NOUVEAU JOUEUR <input type="checkbox"/>	<b>Club :</b> .....
<b>Prénoms :</b> .....	ANCIEN JOUEUR <input type="checkbox"/>	<b>Niveau / Poule :</b> .....
<b>Date de naissance :</b> .....	CARTE PERDUE <input type="checkbox"/>	<b>Nom du correspondant :</b> .....
<b>Sexe :</b> F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/>	RÉFECTION <input type="checkbox"/>	<b>Adresse :</b> .....
<b>Nationalité :</b> .....	- 22 ANS <input type="checkbox"/>	<b>Code postal :</b> ..... <b>Ville :</b> .....
		<b>Tél :</b> .....
		<b>E-mail :</b> .....

**APRÈS INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS, HONNÊTEMENT JE PENSE ÊTRE**

**POINT(S)**

Avis du classificateur ..... point(s) - Avis du capitaine ..... point(s)

J'ai été renseigné, observé et testé au cours d'un :

- Entraînement   
Match amical   
Examen médical

Par : .....  
Fonction : .....

**DÉCISION N°**

/ / réservé à la commission

Je certifie tous ces renseignements rigoureusement exact

Date : .....  
Signature :

Avez vous quelque chose (remarques, ...) à ajouter concernant la classification proposée par le Classificateur ? .....

.....  
.....  
.....

**Pour jouer, je suis installée en fauteuil avec :** (cocher la case correspondante)

Ceinture abdominale élastique	
Corset plastique ou cuir-acier	
Tronc attaché au dossier	
Abdomen attaché au dossier	
Bassin attaché au siège	
Orthèse du membre inférieur droit	
Orthèse du membre inférieur gauche	
Prothèse du membre inférieur droit	
Prothèse du membre inférieur gauche	
Protège vêtements à droite souple	
Protège vêtements à droite rigide	
Protège vêtements à gauche souple	
Protège vêtements à gauche rigide	
Cuisses attachées ensemble	
Cuisses attachées au fauteuil	
Genoux attachés au fauteuil	
Jambes attachées ensemble	
Jambes pressées ou attachées au fauteuil	
Coussin spécial ou APE ou compensation	



**je suis :**

TETRA	
PARA	
SPINA	
AMPUTÉ	
DIVERS	
VALIDE	

**Merci d'envoyer les pages complétées à : DOCTEUR DINH TAN TRIEN - 6 rue de Verdun - 92600 ASNIÈRES**

**AVEC :**

- > 2 photos d'identité
- > Une photocopie d'un document officiel comportant une photo et la mention de la nationalité
- > UNE ENVELOPPE TIMBRÉE libellée avec adresse pour le retour de la carte

# Basket-ball

Nom : .....  
 Prénoms : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : F  - M

Club : .....  
 Niveau / Poule : .....  
 Nom du correspondant : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville .....  
 Tél : .....  
 E-mail : .....

**CE DOCUMENT EST À COMPLÉTER EN PRIORITÉ PAR UN CLASSIFICATEUR AGRÉÉ POUR LA COMMISSION OU PAR UN MÉDECIN OU UN KINÉ.**

## HANDICAP (Cocher les propositions concernées.)

HANDICAP		DESCRIPTIF	A DROITE	A GAUCHE
		Normal au-dessus de		
<b>TETRA</b> <input type="checkbox"/>	<b>MOTEUR</b> <input type="checkbox"/>	Complet au-dessus de		
<b>PARA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIVEAU MÉTAMÉRIQUE</b> <input type="checkbox"/>	<b>INCOMPLET</b>		
<b>SPINA</b> <input type="checkbox"/>	<b>SENSITIF</b> <input type="checkbox"/>	Normal au-dessus de		
<b>POLIO</b> <input type="checkbox"/>		Complet au-dessus de		

### Le sportif a-t-il des handicaps associés ?

(précisez la localisation)

Scoliose  .....  
 Arthrodèse  .....  
 P.O.A ou Ostéome  .....  
 Coordination  .....

HANDICAP	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR
<b>AMPUTÉ</b> <input type="checkbox"/> Précisez le niveau : Désarticulé <input type="checkbox"/> 1/3 supérieur <input type="checkbox"/> 1/3 moyen <input type="checkbox"/> 1/3 inférieur <input type="checkbox"/>	MSD <input type="checkbox"/> / MSG <input type="checkbox"/> BRAS <input type="checkbox"/> AVANT BRAS <input type="checkbox"/> MAIN <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/> / MIG <input type="checkbox"/> CUISSÉ <input type="checkbox"/> JAMBE <input type="checkbox"/> PIED <input type="checkbox"/>

Divers .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

DESCRIPTIF	DROITE	GAUCHE
Canne anglaise		
Canne simple		
Orthèse longue		
Orthèse courte		
Chaussure orthopédique		
Prothèse		

Le déplacement debout est-il possible oui  non

Le déplacement debout est :

Usuel   
 Exceptionnel   
 Thérapeutique

## ÉVALUATION MUSCULAIRE

MEMBRES SUPÉRIEURS		
DROITE	ÉPAULE	GAUCHE
	Antépulsion	
	Rétropulsion	
	ABDduction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	COUDE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Pronation	
	Supination	
DROIT	POIGNET	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Inclinaison Cubitale	
	Inclinaison Radiale	
DROIT	DOIGTS	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	

MEMBRES INFÉRIEURS		
DROITE	HANCHE	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	ABDduction	
	ADDuction	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	GENOU	GAUCHE
	Flexion	
	Extension	
	Rotation interne	
	Rotation externe	
DROIT	TRONC	GAUCHE
	Abdominaux supérieurs	
	Abdominaux inférieurs	
	Extenseurs supérieurs	
	Extenseurs inférieurs	
	Rotation	
	Inclinaison	

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Classificateur  Médecin  Kiné   
 Autres .....  
 Tél : .....

### NOMBRE DE POINTS ESTIMÉS.....

Signature : ..... Date : .....

**Merci d'envoyer ce formulaire à :**  
**DOCTEUR DINH TAN TRIEN**  
**6 rue de Verdun**  
**92600 ASNIÈRES**  
**e-mail : dtantrien@gmail.com**