

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		
TETRA <input type="checkbox"/>	MOTEUR <input type="checkbox"/>	Complet au-dessus de		
PARA <input type="checkbox"/>	NIVEAU MÉTAMÉRIQUE <input type="checkbox"/>	INCOMPLET		
SPINA <input type="checkbox"/>	SENSITIF <input type="checkbox"/>	Normal au-dessus de		
POLIO <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
AMPUTÉ <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