



# Formulaire Informations médicales Circuit para-badminton

**Note :** Ce formulaire s'adresse aux joueurs / joueuses qui recherchent à obtenir un premier niveau de classification pour les compétitions qui font partie du circuit parabad. Il doit être rempli par un médecin, en capacité de fournir les informations médicales adéquats en lien avec les déficiences de la personne concernée.

*Veillez s'il vous plaît fournir des copies des documents médicaux qui aident au diagnostic (comptes-rendus radiologiques, imagerie médicale...).*

**Merci de bien vouloir remplir ce formulaire, l'imprimer, le signer et le renvoyer scanné à [benjamin.grizbec@ffbad.org](mailto:benjamin.grizbec@ffbad.org) au minimum 3 semaines avant la date de la compétition. Merci d'apporter également le formulaire original le jour de la compétition.**

**Mentions RGPD :** Toutes les informations (du formulaire et des documents fournis) seront enregistrées dans la base de données de la Fédération afin de permettre la conservation d'un historique des inscrits. Elles ne seront pas diffusées et ne seront accessibles qu'aux personnes habilitées sur ce dossier.

*Elles sont conservées pendant 3 ans.*

*Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de portabilité, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en contactant notre DPO : [dpo@ffbad.org](mailto:dpo@ffbad.org).*

*Vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.*

## 1. INFORMATIONS PRATIQUES SUR LE TOURNOI (à remplir par le joueur ou l'entraîneur)

<b>NOM DE LA COMPÉTITION</b>	
<b>CLASSIFICATION PROPOSÉE</b> (entourez la classification qui semble vous correspondre)	WH 1 / WH 2 / SL 3 / SL 4 / SU 5 / SS 6 / Déf. Auditive

## 2. INFORMATIONS JOUEUR (à remplir par le joueur ou l'entraîneur)

<b>NOM</b>	
<b>PRÉNOM</b>	
<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	
<b>ADRESSE E-MAIL</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b> (JJ/MM/AAAA)	

## 3. ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC MÉDICAL (à remplir par le médecin)

*Merci de fournir des détails concernant le diagnostic médical. Y inclure les dates et les détails d'éléments qui auraient pu influencer sur les fonctions motrices de l'individu, par exemple : anomalie congénitale, lésion médullaire, traumatisme crânien, maladie neurologique, amputation d'un ou plusieurs membres, lésion nerveuse périphérique, arthrodèse articulaire...*

*Autres déficiences ? (Scoliose, arthrodèse, spasticité...)*

**4. OPÉRATIONS SUBIES** (à remplir par le médecin)

*Lister les opérations subies*

**5. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX** (à remplir par le médecin/joueur/entraîneur)

*Lister l'ensemble des médicaments pris par la personne. Pensez à vérifier sur la liste des substances interdites de l'Agence Mondiale Anti-dopage.*

**6. INFORMATIONS MÉDECIN (à remplir et signer par le médecin)**

<b>NOM - PRÉNOM</b>		
<b>CONTACT</b>	ADRESSE POSTALE	TAMPON OFFICIEL
	TÉLÉPHONE PORTABLE	
	ADRESSE E-MAIL	SIGNATURE
<b>DATE D'EXAMEN</b>	(JJ/MM/AAAA) Lieu :	

**7. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR (à remplir par le joueur)**

Je, soussigné (nom du joueur/de la joueuse) \_\_\_\_\_, déclare sur l'honneur que les éléments fournis ci-dessus sont exacts.

<b>Fait à</b>	<b>Le (JJ/MM/AAAA) :</b>	<b>Signature</b>
---------------	--------------------------	------------------