

ANNEX 4 ANNEXE 4
DECLARATION and CONSENT FORM FORMULAIRE de DECLARATION et de CONSENTEMENT

Page to be filled and signed by the flyer when submitting his application online for the #WH EVENT.
Page à compléter et signer par le flyer lors du dépôt de candidature en ligne au #WH EVENT.

NAME, Surname NOM, Prénom : _____

Date of birth Date de naissance: ____/____/____

Gender Genre : Male Female

MEDICAL INFORMATION INFORMATION MEDICALE

Eligible impairment(s) (tick one or more items) Déficience(s) éligible(s) (cocher un ou plusieurs items)	Name medical diagnosis relevant to impairment type (tick or add) Nommer le diagnostic médical pertinent au type de déficience (cocher ou ajouter)
<input type="checkbox"/> Impaired Muscle Power Perte de force musculaire At a <u>minimum</u> , one of the following aerodynamic surfaces should be affected by the lack of power: forearm, arm, tibia, leg, belly. Au <u>minimum</u> , l'une des surfaces aérodynamiques suivantes doit être concernée par la perte de force : avant-bras, bras, tibia, jambe, ventre.	<input type="checkbox"/> Spinal Cord Injury Lésion médullaire <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Spina Bifida Spina Bifida <input type="checkbox"/> Polio Myelitis Polio Myélite <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis Sclérose multiple <input type="checkbox"/> Other Autre _____
<input type="checkbox"/> Impaired Passive Range of Movement Perte de mobilité articulaire passive At a <u>minimum</u> , one of the following joints or joint areas should be affected by the lack of mobility: elbow, shoulder, knee, hip, spine. Au <u>minimum</u> , l'une des articulations ou zones articulaires suivantes doit être concernée par la perte de mobilité : coude, épaule, genou, hanche, rachis.	<input type="checkbox"/> Arthrogyposis Arthrogyposes <input type="checkbox"/> Joint Contractures Contractures articulaires <input type="checkbox"/> Trauma Traumatisme <input type="checkbox"/> Other Autre _____
<input type="checkbox"/> Limb Deficiency Atteinte d'un membre At a <u>minimum</u> , the absence of an elbow or knee joint and the presence of a shoulder joint are required. Au <u>minimum</u> , l'absence d'une articulation de coude ou de genou et la présence d'une articulation d'épaule sont requises.	<input type="checkbox"/> Dysmelia Dysmélie <input type="checkbox"/> Traumatic Amputation Amputation traumatique <input type="checkbox"/> Bone Cancer Cancer des os <input type="checkbox"/> Other Autre _____
<input type="checkbox"/> Leg Length Difference Différence de longueur de jambe	<input type="checkbox"/> Trauma Traumatisme <input type="checkbox"/> Dysmelia Dysmélie <input type="checkbox"/> Other Autre _____
<input type="checkbox"/> Short Stature Petite taille	<input type="checkbox"/> Achondroplasia Achondroplasie <input type="checkbox"/> Osteogenesis Imperfecta Ostéogenèse imparfaite <input type="checkbox"/> Growth Hormone Dysfunction Dysfonctionnement de l'hormone de croissance <input type="checkbox"/> Other Autre _____
<input type="checkbox"/> Hypertonia Hypertonie <input type="checkbox"/> Ataxia Ataxie <input type="checkbox"/> Athetosis Athétose	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/> Traumatic brain injury Traumatisme cérébral <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis Sclérose multiple <input type="checkbox"/> Stroke Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Other Autre _____

MEDICAL HISTORY HISTORIQUE MEDICAL

Flyer's condition **Etat du flyer** : Stable **Stable** Progressive **Evolutif** Fluctuating **Fluctuant** Permanent **Permanent**

Year of onset **Année d'apparition** : _____ Congenital **Congénital**

Past treatments **Traitements antérieurs** :

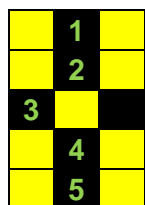
Current treatments **Traitements actuels** :

Anticipated future treatments **Traitements futurs prévus** :

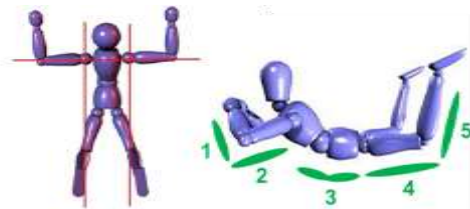
Medications and reason for prescription **Médicaments et raison de la prescription** :

Additional details on medical diagnosis (if needed) **Détails supplémentaires concernant le diagnostic medical (si nécessaire)** :

Functional self analysis (in accordance with page 6 of ANNEX 2, check the boxes corresponding to your functional situation) **Auto analyse fonctionnelle (conformément à la page 6 de l'ANNEXE 2, cochez les cases correspondantes à votre situation fonctionnelle)** :



- totally usable
- 0 partially unusable
- X totally unusable



CLASSIFICATION CONSENT CONSENTEMENT DE CLASSIFICATION

1. I agree to undergo the flyer classification process detailed in §3 of the Handifly Race competition rules and carried out by a classification board designated by the French Skydiving Federation (FFP). I understand that this process may require me to participate in wind tunnel flights and activities which may include me being observed whilst competing. I understand that there is a risk of injury in participating in flights and activities. I confirm that I am healthy enough to participate in flyer evaluation.

J'accepte de suivre le processus de classification des flyers décrit au §3 du règlement de la compétition Handifly Race et conduit par un comité de classification désigné par la Fédération Française de Parachutisme (la FFP). Je comprends que ce processus peut m'obliger à participer à des vols en soufflerie et à des activités qui peuvent comprendre mon observation en compétition. Je comprends qu'il y a un risque de blessure en participant à ces vols et à ces activités. Je confirme que je suis en assez bonne santé pour participer à l'évaluation des flyers.

2. I understand that I have to comply with the requests made by the classification board. This includes providing sufficient documentation so as to allow the classification board to determine whether I comply with the eligibility requirements for Handifly Race. I understand that if I fail to comply with any such request then classification may be suspended without a compensation coefficient being allocated to me.

Je comprends que je dois me conformer aux demandes du comité de classification. Cela comprend la fourniture de documents suffisants pour permettre au comité de classification de déterminer si je respecte les critères d'admissibilité pour la course Handifly. Je comprends que si je ne me conforme pas à une telle demande, la classification peut être suspendue sans qu'un coefficient de compensation ne me soit attribué.

3. I understand that flyer classification requires me to give my best effort, and that any intentional misrepresentation of my skills, abilities or the degree of my impairment may result in me facing immediate exclusion.

Je comprends que la classification des flyers exige que je fasse de mon mieux et que toute fausse déclaration intentionnelle de mes compétences, de mes aptitudes ou de mon degré de déficience peut entraîner mon exclusion immédiate.

4. I understand that flyer classification is a judgment process and I agree to abide by the judgment of the classification board. If I do not agree with the decision of the classification board, I agree to abide by the claim process as defined in §3.5 (flyer's claim) of the Handifly Race competition rules.

Je comprends que la classification des flyers est un processus de jugement et je m'engage à respecter le jugement du comité de classification. Si je ne suis pas d'accord avec la décision du comité de classification, je m'engage à respecter le processus de réclamation tel que défini au paragraphe 3.5 (réclamation du flyer) des règlements de la compétition Handifly Race.

5. I agree to be videotaped and photographed during the flyer evaluation process and that this may include my activity on and off the wind tunnel during the competition.

J'accepte d'être filmé et photographié pendant le processus de classification des flyers et que cela puisse inclure mon activité sur et hors de la soufflerie pendant la compétition.

6. I agree and consent to FFP processing my personal data in any format, including my full name, e-mail address, nationality, date of birth, gender, compensation coefficient and relevant medical information. I accept and agree that FFP will transmit this data to the European Commission in Brussels.

I agree and consent to my full name, e-mail address, nationality, profile (as I filled it in when I submitted my application to the #WH EVENT) and compensation coefficient published by FFP and shared with third parties.

J'accepte et consens à ce que la FFP traite mes données personnelles sous n'importe quel format, y compris mon nom complet, mon adresse e-mail, ma nationalité, ma date de naissance, mon genre, mon coefficient de compensation et des informations médicales pertinentes. J'accepte et consens à ce que la FFP transmette ces données à la Commission Européenne de Bruxelles.

J'accepte et consens à ce que mon nom complet, mon adresse e-mail, ma nationalité, mon profil (tel que je l'ai renseigné lors du dépôt de ma candidature au #WH EVENT) et mon coefficient de compensation soient publiés par la FFP et partagés avec des tiers.

I wish to assist FFP in developing the classification system and therefore allow my data collected during flyer evaluation and video material recorded during training and competition to be used for research and educational purposes by FFP. I understand that I may withdraw this consent at any time.

Je souhaite aider la FFP à élaborer le système de classification et, par conséquent, permettre à la FFP d'utiliser à des fins de recherche et d'éducation mes données recueillies pendant la classification des flyers et le matériel vidéo enregistré pendant l'entraînement et la compétition. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.

Date / /

Signature of the flyer Signature du flyer: