ANNEXE 4

**FORMULAIRE de DECLARATION et de CONSENTEMENT**

**NOM, Prénom** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ **Genre** : ❒ Homme ❒ Femme

**INFORMATION MEDICALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Déficience(s) éligible(s)** (cocher un ou plusieurs items) | **Nommer le diagnostic médical pertinent au type de déficience (cocher ou ajouter)** |
| ❒ **Perte de force musculaire**Au minimum, l’une des surfaces aérodynamiques suivantes doit être concernée par la perte de force : avant-bras, bras, tibia, jambe, ventre. | ❒ Lésion médullaire❒ Dystrophie musculaire❒ Spina Bifida❒ **Polio Myélite**❒ **Sclérose multiple**❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ **Perte de mobilité articulaire passive**Au minimum, l’une des articulations ou zones articulaires suivantes doit être concernée par la perte de mobilité : coude, épaule, genou, hanche, rachis. | ❒ Arthrogryposes❒ **Contractures articulaires**❒ **Traumatisme**❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ **Atteinte d’un membre**Au minimum, l’absence d’une articulation de coude ou de genou et la présence d’une articulation d’épaule sont requises. | ❒ **Dysmélie**❒ **Amputation traumatique**❒ **Cancer des os**❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ **Différence de longueur de jambe** | ❒ T**raumatisme**❒ **Dysmélie**❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ **Petite taille**Au minimum : Il doit résulter de la longueur réduite des os mentionnés une morphologie générale de type non proportionnée. Les petites personnes ayant une morphologie proportionnée ne sont pas admissibles. | ❒ Achondroplasie❒ **O**stéogenèse imparfaite❒ Dysfonctionnement de l’hormone de croissance❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ **Hypertonie**❒ **Ataxie**❒ **Athétose** | ❒ **P**aralysie cérébrale❒ **Tr**aumatisme cérébral❒ **Sclérose multiple**❒ Accident vasculaire cérébral❒ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**HISTORIQUE MEDICAL**

**Etat du flyer** : ❒ **Stable** ❒ **Evolutif** ❒ **Fluctuant** ❒ Permanent

**Année d’apparition** : \_\_\_\_\_\_\_ ❒ **Congénital**

**Traitements antérieurs** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traitements actuels** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traitements futurs prévus** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médicaments et raison de la prescription** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En cas de lésion médullaire, indiquer le numéro de la (des) vertèbre(s) atteinte(s) et décrire avec précision les conséquences motrices et sensitives de ces lésions** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Détails supplémentaires concernant le diagnostic medical (obligatoire)** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Auto analyse fonctionnelle (en vous aidant de l’ANNEXE 2, cochez les cases correspondant à votre situation fonctionnelle)** :

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **1** |   |   |   |   |
|   | **2** |   |   |   |  |
| **3** |   |   |   |   | totally usable |
|   | **4** |   |   | **0** | partially unusable |
|   | **5** |   |   | **X** | totally unusable |

**CONSENTEMENT DE CLASSIFICATION**

1. 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. 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 Handifly Race. 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. 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. 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 comprends que je conserve la liberté de ne pas participer à la compétition.

5. 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. 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 nom complet, mon adresse e-mail, ma nationalité, mon profil (tel que je l’ai renseigné lors du dépôt de ma candidature) et mon coefficient de compensation soient publiés par la FFP et partagés avec des tiers.

❒ 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 du flyer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_