

A renseigner par le kiné (ou médecin du sport) qui a réalisé le testing :

- Arc classique (y compris Arc nu)
- Arc à poulies
- Droitier
- Gaucher
- Mal marchant
- Fauteuil roulant
- Fauteuil électrique

L'archer joindra obligatoirement son dossier médical ainsi que tout élément qu'il pense pouvoir être utile.

EQUIPEMENTS ADAPTÉ (réservé au Classificateur National) :

- Fauteuil roulant Tabouret
- Système d'aide à la décoche Bandage sur l'arc
- Sangle (à définir) Attelle bras d'arc
- Attelle de poignet de bras de corde
- Block de chaussures ou coin de chaussure
- Assistant de tir
- Agent
- Equipement déficit visuel
- Autres : _____

COMMENTAIRES : _____

TESTING LOCOMOTEUR

Lieu et date _____

Nom, prénom, et adresse (en majuscules)

Cachet et Signature

Réservé au Classificateur National :

Nom et prénom :

Classification : _____

Catégorie de tir : _____

Date : _____

Signature :

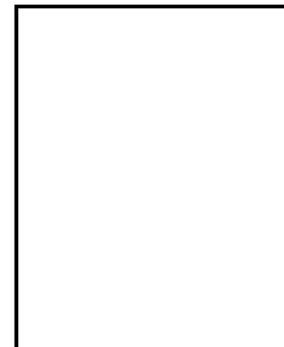
En cas de difficulté pour le remplir ou pour toute question sur le testing, n'hésitez pas à appeler :

- Jocelyne PETIT : 06 08 53 22 09
- Hervé TOGGWILER : 06 07 10 72 70

Partie ci-dessous à renseigner par l'archer :



PHOTO



H / F

Nationalité :

NOM _____

PRENOM _____

Licence FFTa N° _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

TEL _____

EMAIL _____

CLUB _____

Signature de l'Archer (ou du représentant légal)

NOM : PRÉNOM :

HANDICAP ÉLIGIBLE :

- Déficience de puissance musculaire
- Déficience d'amplitude articulaire passive
- Perte ou déficience d'un membre
- Hypertonie
- Ataxie
- Déficience visuelle
- Déficience auditive

TÉTRA / PARA / POLIO / SPINA

Traumatique : OUI NON
 depuis le _____
 niveau lésionnel _____

AMPUTATION / AGÉNÉSIE

depuis le _____ congénitale
 (Décrire le niveau d'amputation _____
 _____)

PARALYSIE CÉRÉBRALE

Nom du syndrome : _____

 Congénitale _____

Acquis / Date / Détails

AUTRES : Nom du syndrome _____

Date : _____
 Description : _____

Bras d'Arc:		Amplitude	Force Musculaire		Dysfonction OU Capacité	
Bras de corde:		Maximum	Bras ARC	Bras CORDE	Bras ARC	Bras CORDE
Epaules	Flexion	170				
	Extension	40				
	Abduction	180				
	Adduction	40				
	Rotation Int.	70				
	Rotation Ext.	70				
Coudes	Flexion	150				
	Extension	10				
Avant-bras	Supination	90				
	Pronation	90				
Poignets	Flexion	80				
	Extension	60				
	Ulnar	40				
	Radial	30				
Doigts	Flexion	90				
	Extension	10				
Pouce	Opposition					
	Extension					
Total Membres Supérieurs						
Tronc	Abdo.sup.					
	Abdo.inf.					
	Dorsaux hauts					
	Dorsaux bas					
	Rotations Flexion Lat.					
Total Tronc						
Hanches	Flexion	130				
	Extension	10				
	Abduction	40				
	Adduction	30				
	Rotation Int.	40				
	Rotation Ext.	50				
Genoux	Flexion	150				
	Extension	5				
Chevilles	Flexion dorsale	30				
	Pflexion Plant.	50				
Total Membres Inférieurs						
Total déficit membres sup :						
Total déficit membres inf :						
Total déficit tronc :						

EQUILIBRE DU TRONC

- Normal Passable
- Faible Inexistant

EQUILIBRE DEBOUT

- Normal Passable
- Faible Inexistant

COMMENTAIRES _____

Attribution des points : Utiliser un seul type de test , le plus déficitaire .

Test Capacité de Mouvement.

- 0 : pas de mouvement. 3 : ½ du mouvement.
- 1 : capacité de mouvement minime. 4 : ¾ du mouvement.
- 2 : ¼ du mouvement. 5 : pleine capacité de mouvement.

OU Test de Puissance Musculaire.

- 0 – Manque total de contraction volontaire.
- 1 – Trace, légère contraction sans aucun mouvement.
- 2 – Faible, contraction avec mouvement très léger quand la gravité est éliminée.
- 3 – Passable, contraction avec mouvement contre la gravité.
- 4 – Bon, contraction contre la gravité et un peu de résistance.
- 5 – Normal, contraction de force normal contre une résistance.

OU Test de Dysfonctionnement (coordination, spasticité, athétosie, ataxie).

- 0 – Pas de mouvement du tout.
- 1 – Très peu de coordination de mouvement et/ou capacité de mouvement très réduite due à une raideur musculaire hypertonique sévère.
- 2 – La séquence de mouvement est très difficile et ne peut être réalisée que très lentement sans coordination et/ou pas plus de 25% du geste en répétition rapide et/ou capacité de mouvement très limitée avec spasticité sévère – présence d'hypertonie musculaire.
- 3 – Les mouvements peuvent seulement être réalisés lentement, mais presque sans faute et/ou pas plus de 50% du geste de répétition rapide et/ou capacité de mouvement modérée avec spasticité modérée avec un tonus limitant le mouvement et/ou problèmes de coordination modérés.
- 4 – Les mouvements sont légèrement désordonnés et/ou plus de 75% du geste en répétition rapide et/ou légère augmentation du tonus musculaire.
- 5 – Normal.

