

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 :

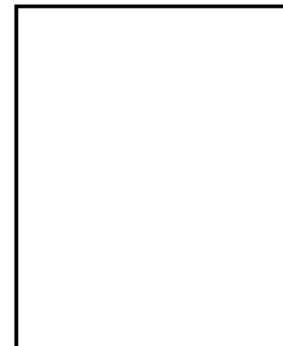
En cas de difficulté pour le remplir ou pour toute question sur le testing, n'hésitez pas à appeler :

- 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				
	Ecart/Rapproch					
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 dorsal	30				
	Pflexion Planta	50				
Total Membres Inférieurs						
<b>Total déficit membres sup :</b>						
<b>Total déficit membres inf :</b>						
<b>Total déficit tronc :</b>						

**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.