

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					
<b>Total Membres Supérieurs</b>						
Tronc	Abdo.sup.					
	Abdo.inf.					
	Dorsaux hauts					
	Dorsaux bas					
	Rotations Flexion Lat.					
<b>Total Tronc</b>						
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				
<b>Total Membres Inférieurs</b>						
<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.

