

## Formulaire de diagnostic médical pour les athlètes ayant une déficience visuelle

---

Pour être éligible au cyclisme handisport, un athlète doit avoir un diagnostic médical sous-jacent (état de santé) qui entraîne une déficience permanente et éligible (article 16.4.008 du Règlement de classification UCI).

Le formulaire doit être rempli par un ophtalmologue agréé FFH de la liste suivante :

- 1) Cloé CLAVEL (Paris)
  - Mail : [clclavel@gmail.com](mailto:clclavel@gmail.com)
  - Tél : 0680573738
- 2) Marc MELAYE (Thouare sur Loire – Nantes)
  - Mail : [melayemarc@gmail.com](mailto:melayemarc@gmail.com)
  - Tél : 0682382192
- 3) Maxime SAINT JEAN (Canne sur Mer – Nice)
  - Mail : [Maxime.orthoptiste@gmail.com](mailto:Maxime.orthoptiste@gmail.com)
  - Tél : 0663247238
- 4) Priscilla WEISS (Strasbourg) *(elle a tout le matériel de classification dans son cabinet)*
  - Mail : [schahlpriscilla@hotmail.fr](mailto:schahlpriscilla@hotmail.fr)
  - Tél : 0675428497
- 5) Thomas BATAN (Toulouse)
  - Mail : [thomasbatan.orthoptie@gmail.com](mailto:thomasbatan.orthoptie@gmail.com)
  - Tél : 0642564678
- 6) Marie Annick THOZET (Angers)
  - Mail : [ma.thozet@gmail.com](mailto:ma.thozet@gmail.com)
  - Tél : 0613913884
- 7) Dr Georges CHALLE (Paris – Pitié Salpêtrière)
  - Mail : [georges.challe@gmail.com](mailto:georges.challe@gmail.com)
  - Tél : 0603126104

Les formulaires remplis et les informations de diagnostic médical pertinentes doivent être téléversées sur la plateforme en ligne : [Téléverser mon dossier](#)

Toutes les pages 2 et 3 doivent être jointes. Le formulaire et les documents médicaux ci-joints ne doivent pas dater de plus de 12 mois au moment de l'envoi.

La Fédération Française Handisport (FFH) se réserve le droit de demander des informations complémentaires, si des informations complémentaires sont nécessaires. L'athlète ne pourra pas être classifié, tant que les informations demandées ne seront pas fournies.

L'Athlète reconnaît et accepte que la FFH collecte et traite certaines de ses données personnelles aux fins et dans la mesure nécessaire en relation avec le présent Formulaire de Diagnostic Médical et pour faciliter la participation de l'Athlète aux compétitions FFH. Ces données personnelles collectées et traitées comprennent, sans s'y limiter, le nom, le prénom, le sexe, la date de naissance de l'Athlète, son numéro de licence FFH, son club et les informations médicales telles que décrites ci-dessous (Données personnelles).

L'Athlète reconnaît et accepte que la FFH puisse partager ses Données Personnelles avec les classificateurs FFH et/ou la Commission Médicale de la FFH.

Enfin, l'Athlète comprend qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification des Données Personnelles que la FFH détient à son sujet en vertu de la loi sur la protection des données en contactant la FFH. L'Athlète peut retirer son accord à ce que la FFH traite et stocke ses Données Personnelles à tout moment. Le retrait de l'accord de l'athlète au traitement et à l'enregistrement de ses données personnelles peut entraîner l'inéligibilité de l'athlète à participer au cyclisme handisport.

**Informations pour les athlètes**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Genre: Femme  Homme  Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 N° de licence FFH : \_\_\_\_\_  
 Club : \_\_\_\_\_

**Informations médicales**

DIAGNOSTIC

**Antécédents médicaux**

Âge d'apparition : \_\_\_\_\_  
 Avenir anticipé \_\_\_\_\_  
 Procédure(s) : \_\_\_\_\_

L'athlète porte des lunettes :  oui  Non Correction: Droite: \_\_\_\_\_  
 Gauche: \_\_\_\_\_  
 L'athlète porte des lentilles de contact :  oui  Non Correction: Droite: \_\_\_\_\_  
 Gauche: \_\_\_\_\_  
 L'athlète porte une prothèse d'œil :  Droite  Gauche

MÉDICAMENT	
Médicaments pour les yeux utilisés par l'athlète :	
Allergies oculaires médicamenteuses :	

### Évaluation de l'acuité visuelle et du champ visuel

ACUITÉ VISUELLE		
	Œil droit	Oeil gauche
Avec correction		
Sans correction		

Type de correction : \_\_\_\_\_

Méthode de mesure : \_\_\_\_\_

CHAMP VISUEL		
En degrés (diamètre)	Œil droit	Oeil gauche

<input type="checkbox"/> Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes.			
<input type="checkbox"/> Je certifie qu'il n'y a pas de contre-indication pour que cet athlète puisse concourir à un niveau compétitif.			
Nom du médecin			
Spécialité médicale :		Numéro d'enregistrement :	
Adresse:			
Ville:		Pays:	
Téléphone:		Courriel:	
Date		Signature	
<input type="checkbox"/> Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et j'accepte les conditions mentionnées ci-dessus. Nom et signature de l'athlète :			

#### Pièces à joindre au formulaire de diagnostic médical

- Copie pièce d'identité
- Photo d'identité