



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION MÉDICALE DE RFRC

L'examen médical s'applique aux situations dans lesquelles les athlètes ayant un statut de classe sportive « Confirmée », « Révision » ou « Dates de révision fixées » et qui :

- Ont bénéficié d'interventions susceptibles de modifier leur profil de handicap (par exemple, la force, l'amplitude de mouvement ou l'hypertonie). Voici quelques exemples de telles interventions, sans que cette liste soit exhaustive :
 - Changement du niveau d'amputation
 - Injections de Botox (toxine botulique) pour réduire l'hypertonie et augmenter l'amplitude de mouvement actif
 - Libération des tendons
 - Tiges de Harrington ou fixations articulaires pour améliorer la posture et la stabilité

OU

- Souffrir d'une déficience évolutive qui s'est détériorée à un point tel que l'athlète ne correspond probablement plus à son profil actuel de classe sportive.

OU

- Présenter un nouvel état de santé admissible qui a entraîné un changement permanent du degré de déficience de l'athlète, à tel point que celui-ci ne correspond probablement plus à son profil actuel de classe sportive.

Dans le cadre de la demande de révision médicale, l'association provinciale (AP/AT) ou l'athlète doit fournir la preuve qu'un changement dans le handicap de l'athlète est survenu depuis la dernière évaluation internationale de l'athlète. Ce changement doit être attesté par des documents médicaux.

En cas de changement de situation, l'athlète est tenu d'en informer son AP/AT. Il incombe à l'AP/AT de remplir ce formulaire et de le transmettre au responsable de la classification de RFRC.

Ce formulaire doit être reçu au moins 12 semaines avant la compétition au cours de laquelle l'athlète, si l'examen médical est accepté, fera l'objet d'une réévaluation.

Si l'examen médical est accepté, la classe sportive de l'athlète sera modifiée à « Révision » avec effet immédiat, ce qui permettra à l'athlète de se soumettre à une nouvelle classification.

Veuillez noter que la réévaluation ne garantit pas que la classe sportive d'un athlète sera modifiée.

Le fait de ne pas informer RFRC, dans les six mois suivant une intervention ayant entraîné une amélioration du profil de handicap d'un athlète, peut être considéré comme un cas de fausse déclaration intentionnelle, conformément aux règles de classification de la WWR.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION MÉDICALE DE RFRC

COORDONNÉES DE L'AP/AT

Nom de l'AP/AT :	
Nom du contact AP/AT :	
E-mail du contact AP/AT :	

DÉTAILS DE L'ATHLÈTE

Nom de famille :			
Prénom :			
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :		Sexe :	☐ Femme ☐ Homme
Classe sportive actuelle :		Statut de la classe sportive :	

DÉTAILS DE L'INTERVENTION (LE CAS ÉCHÉANT)

Date de l'intervention :	
Location de l'intervention :	
Personne responsable de l'intervention :	
Description de l'intervention :	
Motif de l'intervention et résultats attendus :	



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION MÉDICALE DE RFRC

Description de l'évolution de degré d'invalidité (affections évolutives et nouveaux problèmes de santé)

Date d'apparition :

Description de l'évolution :

Liste des pièces justificatives :

☐ Rapport médical

☐ Radiographie

☐ Scanner

☐ IRM

☐ Électromyographie (EMG) / Études de conduction nerveuse

☐ Autres (veuillez préciser)

Personne à contacter (au cas où des information complémentaires seraient nécessaires) :

Nom du contact :

E-mail du contact :

Numéro de téléphone du contact :

Profession / Fonction :

Vérification de l'AP/AT (obligatoire) :

Je confirme mon soutien à cette demande de révision médicale pour cet athlète.

Nom :

Fonction :

Signature: