

Cher Confrère,

Vous allez recevoir en consultation Mr/Mme _____, athlète handicapé visuel présentant une « basse vision » afin de déterminer :

1. Son acuité visuelle et/ou champ visuel.
2. L'existence d'éventuelles contre indications ophtalmologiques à la pratique des sports suivants : Football, Torball, Goalball, Judo et Natation avec départ « plongé ».
3. Si possible un diagnostic de son affection.

J'aimerais profiter de cette occasion pour insister sur les renseignements suivants concernant l'utilisation éventuelle de votre rapport.

Cette personne est un athlète pratiquant un sport conformément à la réglementation de classification de la Fédération Internationale des Sports pour Aveugles (IBSA) qui détermine trois catégories :

- ◆ **B1 Pas de PL ou incapacité de reconnaître une forme**
- ◆ **B2 $\leq 1 / 30$ ou CV $\leq 5^\circ$**
- ◆ **B3 $\leq 1 / 10$ ou CV $\leq 20^\circ$**

Sont à prendre en considération son acuité visuelle ou son champ visuel du meilleur œil, déterminée avec la meilleure correction objective (Réf. automatique) possible. Cette correction peut vous sembler inutile, car non portée par l'athlète. Cependant, un gain même minime d'acuité peut lui faire changer de catégorie. Or elle sera prise en compte lors d'une éventuelle classification internationale un changement mineur pouvant modifier sa classification voire l'empêcher de s'inscrire à des compétitions.

Les chiffres clés sont

- $< 1/30$ et $< 1/10$, c'est-à-dire $2/60$ et $6/60$; 5 et 20° de Champ Visuel.

Le champ visuel à prendre en compte sera mesuré avec :

- La meilleure correction optique possible
- Etudié en monoculaire au Goldmann au III/4 en considérant le meilleur œil ou
- Périmètre statique Automatique: Test Easterman (toujours avec la meilleure correction possible)

Je vous remercie de remettre une copie de ce rapport à l'athlète et d'indiquer avec son accord la pathologie dont il souffre.

Je vous remercie vivement cher confrère de votre précieuse collaboration et vous prie de recevoir mes chaleureuses et confraternelles salutations.

Docteur Georges CHALLE
Directeur Médical IBSA
Fédération Française Handisport
42 rue Louis Lumière
75020 Paris

Photo
d'identité

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE HANDISPORT

Je soussigné Docteur : _____

Spécialiste en ophtalmologie, certifie avoir vu en consultation ce jour

M. _____

qui m'a déclaré pratiquer le _____ (indiquer la discipline)

Il ne présente aucune contre indication ophtalmique décelable à la pratique
de cette discipline, avec toutefois interdiction de _____

Classification Nationale : B ...

Si acuité > à 1/10 et/ou champ > à 20° indiquer B4

Ce certificat peut être considéré comme :

permanent

Valable 1 an

Date

Tampon et signature du praticien
