

ANNEX 3

DECLARATION and CONSENT FORM
FORMULAIRE de DECLARATION et de CONSENTEMENT

Check and fill in the fields in yellow
Cocher et compléter dans les champs en jaune

NAME, Surname NOM, Prénom :

Date of birth Date de naissance:
 / /
Gender Genre :
 Male

 Female

MEDICAL INFORMATION INFORMATION MEDICALE

Eligible impairment(s) (tick one or more items) Déficience(s) éligible(s) (cocher un ou plusieurs items)	Name medical diagnosis relevant to impairment type (tick or add) Nommer le diagnostic médical pertinent au type de déficience (cocher ou ajouter)
<input type="checkbox"/> Impaired Muscle Power <i>Perte de force musculaire</i>	<input type="checkbox"/> Spinal Cord Injury <i>Lésion médullaire</i> <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy <i>Dystrophie musculaire</i> <input type="checkbox"/> Spina Bifida <i>Spina Bifida</i> <input type="checkbox"/> Polio Myelitis <i>Polio Myélite</i> <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <i>Sclérose multiple</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Impaired Passive Range of Movement <i>Perte de mobilité articulaire passive</i>	<input type="checkbox"/> Arthrogyposis <i>Arthrogyposes</i> <input type="checkbox"/> Joint Contractures <i>Contractures articulaires</i> <input type="checkbox"/> Trauma <i>Traumatisme</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Limb Deficiency <i>Atteinte d'un membre</i>	<input type="checkbox"/> Dysmelia <i>Dysmélie</i> <input type="checkbox"/> Traumatic Amputation <i>Amputation traumatique</i> <input type="checkbox"/> Bone Cancer <i>Cancer des os</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Leg Length Difference <i>Différence de longueur de jambe</i>	<input type="checkbox"/> Trauma <i>Traumatisme</i> <input type="checkbox"/> Dysmelia <i>Dysmélie</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Short Stature <i>Petite taille</i>	<input type="checkbox"/> Achondroplasia <i>Achondroplasie</i> <input type="checkbox"/> Osteogenesis Imperfecta <i>Ostéogénèse imparfaite</i> <input type="checkbox"/> Growth Hormone Dysfunction <i>Dysfonctionnement de l'hormone de croissance</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hypertonia <i>Hypertonie</i> <input type="checkbox"/> Ataxia <i>Ataxie</i> <input type="checkbox"/> Athetosis <i>Athétose</i>	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <i>Paralysie cérébrale</i> <input type="checkbox"/> Traumatic brain injury <i>Traumatisme cérébral</i> <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <i>Sclérose multiple</i> <input type="checkbox"/> Stroke <i>Accident vasculaire cérébral</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> <input style="background-color: yellow;" type="text"/>

MEDICAL HISTORY HISTORIQUE MEDICAL

Flyer's condition **Etat du flyer** : Stable **Stable** Progressive **Evolutif** Fluctuating **Fluctuant** Permanent **Permanent**

Year of onset **Année d'apparition** : Congenital **Congénital**

Past treatments **Traitements antérieurs** :

Current and/or future treatments **Traitements actuels et/ou futurs** :

In case of spinal cord injury, indicate the number of the vertebrae(s) affected and accurately describe the motor and sensory consequences of these lesions

En cas de lésion médullaire, indiquer le numéro de la (des) vertèbre(s) atteinte(s) et décrire avec précision les conséquences motrices et sensitives de ces lésions :

Additional details on medical diagnosis (mandatory)

Détails supplémentaires concernant le diagnostic médical (obligatoire) :

Functional self-analysis in flight of main aerodynamic surfaces (using the diagram, fill in the yellow boxes below)

Auto analyse fonctionnelle en vol des surfaces aérodynamiques principales (en vous aidant du diagramme, complétez les cases en jaunes ci-dessous) :

?	1	?
?	2	?
3	?	
?	4	?
?	5	?

	totally usable totalemt utilisable
0	partially unusable partiellement inutilisable
X	totally unusable totalemt inutilisable

	1	
	2	
3		
	4	
	5	

Possible additional comments

Eventuels commentaires complémentaires :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

CLASSIFICATION CONSENT CONSENTEMENT DE CLASSIFICATION

1. I agree to undergo the flyer classification process detailed in the Handifly Race competition rules and carried out by a classification board designated by the French Skydiving Federation (FFP). I understand that this process may require me to participate in wind tunnel flights and activities which may include me being observed whilst competing. I understand that there is a risk of injury in participating in flights and activities. I confirm that I am healthy enough to participate in flyer evaluation.

J'accepte de suivre le processus de classification des flyers décrit dans le règlement de la compétition Handifly Race et conduit par un comité de classification désigné par la Fédération Française de Parachutisme (la FFP). Je comprends que ce processus peut m'obliger à participer à des vols en soufflerie et à des activités qui peuvent comprendre mon observation en compétition. Je comprends qu'il y a un risque de blessure en participant à ces vols et à ces activités. Je confirme que je suis en assez bonne santé pour participer à l'évaluation des flyers.

2. I understand that I have to comply with the requests made by the classification board. This includes providing sufficient documentation so as to allow the classification board to determine whether I comply with the eligibility requirements for Handifly Race. I understand that if I fail to comply with any such request then classification may be suspended without a compensation coefficient being allocated to me.

Je comprends que je dois me conformer aux demandes du comité de classification. Cela comprend la fourniture de documents suffisants pour permettre au comité de classification de déterminer si je respecte les critères d'éligibilité pour la Handifly Race. Je comprends que si je ne me conforme pas à une telle demande, la classification peut être suspendue sans qu'un coefficient de compensation ne me soit attribué.

3. I understand that flyer classification requires me to give my best effort, and that any intentional misrepresentation of my skills, abilities or the degree of my impairment may result in me facing immediate exclusion.

Je comprends que la classification des flyers exige que je fasse de mon mieux et que toute fausse déclaration intentionnelle de mes compétences, de mes aptitudes ou de mon degré de déficience peut entraîner mon exclusion immédiate.

4. I understand that flyer classification is a judgment process and I agree to abide by the judgment of the classification board. If I do not agree with the decision of the classification board, I understand that I retain the freedom not to compete.

Je comprends que la classification des flyers est un processus de jugement et je m'engage à respecter le jugement du comité de classification. Si je ne suis pas d'accord avec la décision du comité de classification, je comprends que je conserve la liberté de ne pas participer à la compétition.

5. I agree to be videotaped and photographed during the flyer evaluation process and that this may include my activity on and off the wind tunnel during the competition.

J'accepte d'être filmé et photographié pendant le processus de classification des flyers et que cela puisse inclure mon activité sur et hors de la soufflerie pendant la compétition.

6. I agree and consent to the FFP processing my personal data in any format, including my full name, e-mail address, nationality, date of birth, gender, compensation coefficient and relevant medical information.

I agree and consent to my full name, e-mail address, nationality, profile (as I filled it in when I submitted my application) and compensation coefficient published by the FFP and shared with third parties.

J'accepte et consens à ce que la FFP traite mes données personnelles sous n'importe quel format, y compris mon nom complet, mon adresse e-mail, ma nationalité, ma date de naissance, mon genre, mon coefficient de compensation et des informations médicales pertinentes.

J'accepte et consens à ce que nom complet, mon adresse e-mail, ma nationalité, mon profil (tel que je l'ai renseigné lors du dépôt de ma candidature) et mon coefficient de compensation soient publiés par la FFP et partagés avec des tiers.

I wish to assist the FFP in developing the classification system and therefore allow my data collected during flyer evaluation and video material recorded during training and competition to be used for research and educational purposes by the FFP. I understand that I may withdraw this consent at any time.

Je souhaite aider la FFP à élaborer le système de classification et, par conséquent, permettre à la FFP d'utiliser à des fins de recherche et d'éducation mes données recueillies pendant la classification des flyers et le matériel vidéo enregistré pendant l'entraînement et la compétition. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.

Date / /

Signature of the flyer Signature du flyer: