

- Заполняется на **русском** языке **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами. Должны быть заполнены все поля
- Первая страница заполняется **спортсменом/представителем** до начала классификации
- Передается классификаторам в начале классификации
- Стр. 3 (**Согласие**) нужно прочитать заранее, но подписать только в начале классификации

I - Информация о спортсмене (паспортные данные)

Фамилия: _____ Имя: _____
 Пол: Ж М Дата рождения: ____/____/____ Субъект РФ: _____
 Вид спорта: _____

Организация, представляющая спортсмена на соревнования, подтверждает, что у спортсмена нет рисков для здоровья и противопоказаний для участия в данном виде спорта.

Спортсмен имеет медицинский допуск для участия в соревнованиях.

 ФИО представителя

 Подпись

____/____/____
 (дд/мм/гггг)

II - Данные о предыдущих классификациях

Предыдущая национальная классификация: Год: _____ Класс V1 V2 V3 NE

Первая международная классификация: Нет или Год: _____ Класс: V1 V2 V3 NE

Последняя международная классификация: Страна: _____, Год: _____, Спорт: _____

Национальный класс и статус: Новый или Подан протест или

Класс: V1 V2 V3 Статус: Пересмотр (следующий раз) или год NE 1^я панель CNC

III - Медицинская информация

A - Значимые системные заболевания (не заболевания глаз) и иные медицинские данные:

Да: _____

 Нет

Б - Анамнез, глазной статус (кратко):

Офтальмологический диагноз: _____

Стабильно _____ лет Ухудшение Предполагаемые вмешательства: Нет Да

Используемые глазные капли: Нет Да: _____

Аллергия на глазные капли: Нет Да: _____

Используются на соревнованиях: Средства коррекции: Нет Да Протез: Да: OD OS

Очки Контактные линзы Темные очки или очки с фильтрами

Средства коррекции, используемые на соревнованиях (оптическая сила):

Правый глаз: Sph _____ Cyl _____ Ax _____

Левый глаз: Sph _____ Cyl _____ Ax _____

Заполняется классификаторами при прохождении спортсменом классификации

IV – Классификация

Авторефрактометрия	Правый глаз: Sph _____ Cyl _____ Ax _____
Прилагается <input type="checkbox"/>	Левый глаз: Sph _____ Cyl _____ Ax _____

<u>Острота зрения</u>	Правый глаз	Левый глаз
<input type="checkbox"/> Без коррекции		
<input type="checkbox"/> Авторефрактометрия		
<input type="checkbox"/> Очки		
<input type="checkbox"/> Контактные линзы		

Предварительная оценка ОЗ				
НКОЗ		МКОЗ		
OD	OS	LogMar	OD	OS
STE				
25M				
40M				
63M				
100M				

Поля зрения (оптимально провести на месте, если классификация ведется по полям зрения)	Диаметр	
	OD	OS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Результаты обследований: ОКТ макулы ОКТ ДЗН ЭРГ ЗВП Иное

Готовность к сотрудничеству: Достаточная Недостаточная

Глазные заболевания/диагноз: _____

Комментарии: _____

V - ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПО КЛАССИФИКАЦИИ

Класс: B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/> 1 ^я <input type="checkbox"/> 2 ^я <input type="checkbox"/> комиссия	CNC <input type="checkbox"/>	После протеста <input type="checkbox"/>
Статус: Подтвержд. <input type="checkbox"/> Пересм. <input type="checkbox"/> (след. раз)	Пересмотр 2г. <input type="checkbox"/> (Год _____)	Пересмотр 4г. <input type="checkbox"/> (Год _____)	
Необходимо на след. классиф.: <input type="checkbox"/> Поля зрения <input type="checkbox"/> Электрофизиолог. исслед. <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> другое: _____			
Причина CNC _____			

Классификаторы:

ФИО (печать)

Подпись

____/____/2023

Дата классификации

ФИО (печать)

Подпись

Спортсмен: Я подтверждаю, что классификационное решение было разъяснено мне

Спортсмен: фамилия: _____ Имя: _____
Имя (заглавные буквы) Подпись или отпечаток пальца

ФОРМА СОГЛАСИЯ СПОРТСМЕНА НА ПРОХОЖДЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ФСС

1 - Я согласен пройти процесс классификации спортсмена, подробно описанный в Правилах классификации Международной Федерации спорта слепых (IBSA) и Руководстве для классификаторов IBSA, и проводимый классификационной комиссией, назначенной Всероссийской Федерацией спорта слепых (ФСС). Я понимаю, что этот процесс может потребовать выполнения мной спортивных упражнений и тестов и подтверждаю, что я достаточно здоров для этого. Я также согласен, что, если я получу травму вовремя процесса классификации, я буду считать ФСС невиновной.

2 - Я понимаю, что классификация спортсмена требует от меня максимальных усилий и сотрудничества, и невыполнение этого требования может привести к тому, что я буду дисквалифицирован с соревнований. Я также понимаю, что расхождения между показателями, которые я демонстрирую в процессе оценки спортсмена, и показателями, которые я демонстрирую во время соревнований, также могут привести к моей дисквалификации на соревнованиях и/или к новому процессу классификации.

3 - Я понимаю, что полный процесс классификации не ограничивается оценкой классификационными комиссиями.

4 - Я понимаю, что оценка спортсмена - это процесс принятия решения, и я согласен подчиниться решению классификационной комиссии. Если я не согласен с результатами классификационной комиссии, я согласен соблюдать процесс подачи протеста и апелляции, как определено в Правилах классификации IBSA.

5 - Я согласен на видеосъемку и фотографирование во время процесса классификации, включающего мою деятельность на спортивном объекте и за его пределами, во время тренировок и соревнований.

6 - Я согласен и даю свое согласие, безвозмездно и без иной личной выгоды, на сбор и хранение моих личных данных в любом формате, включая мое полное имя, регион, год рождения, вид спорта и спортивную дисциплину, спортивный класс и статус спортивного класса, и я согласен и даю свое согласие на их публикацию на веб-сайте ФСС.

СПОРТСМЕН:

Имя (заглавные буквы)

Подпись или отпечаток пальца

____/____/____

Дата

Родитель/опекун (обязательно, если спортсмену меньше 18 лет)

Имя (заглавные буквы)

Подпись

____/____/____

Дата

Отделите и отдайте спортсмену после классификации

Спортсмен Фамилия: _____ **Имя:** _____ **Субъект РФ:** _____

Вид спорта: _____ **Место классификации:** _____ **Год:** _____

VI – ИТОГОВОЕ РЕШЕНИЕ

Классификаторы:

КЛАССВ1 B2 B3 NE - 1^{ая} / 2^{ая} ком-ия CNC Решение после протеста

Статус Подт Пересмотр (сл. раз) Пересмотр 2 Года (Год _____) Пересмотр 4 года (Год _____)

Проверить на след. класс-ии: Визуальные поля ЭФИ ОКТ прочее:

Имя (печать)

Подпись

____/____/____

Дата классификации

Имя (печать)

Подпись

Заполняется спортсменом и его представителем и подписывается спортсменом

Заполняется классификатором