

パラアーチェリークラス分け報告書

本状は3つ部分で構成される。

第1部は申請書で、全て記入の上、国内連盟代表者の署名を必要とする。

第2部は同意書で、クラス分け委員が競技者の個人データを収集するために当該競技者の署名を必要とする。

第3部は医療報告書で、関連する健康状態の証拠を提示するものであり、申請者の病状、疾患、または傷害に精通した医師が全て記入および署名した上に、検証のため全国医学界または委員会に情報を提供すること。

全てデータで英語で記入し、クラス分けの30日前までに世界アーチェリー連盟

(classification@archery.org) に受領されなければならない。本状が翻訳者によって英語に翻訳された場合、翻訳物は訳文の正確性を確認した医師の署名が必要である。

本状は、クラス分け手順の第一段階であるため、提供される情報は正直かつ正確で検証可能でなければならない。本状が問題なく完成してもクラス分けが行われるとは限らない。むしろ、本用紙は申請者がパラアーチェリー競技者として無事にクラス分けされる可能性に関して、申請者とクラス分けチームの間で簡潔に議論をするための基となる情報を提供するものである。本状の3つの部分すべて記入が完了していない場合、かかる国内組織に返却される。

全て記入済の用紙は、クラス分けの3か月以内に提出されなければならない。ただし、スケジュールはクラス分けセッションの少なくとも30日前に受け取らなければならない。

本用紙に記載される情報は、申請者が患う病状、疾患、または傷害がアーチェリー競技で機能する能力に明らかに影響を及ぼすということを確認するのに不可欠である。

本用紙と併せて顔写真データ（パスポートタイプ、JPG）を別途添付する必要がある。

大会名 _____

競技者の詳細： 競技者は英語で記入された病状の証拠およびパスポートを持参しなければならない。競技者はクラス分けにすべての特別装備および補助具を持参すること。

苗字 _____

名前 _____

生年月日 (日/月/西暦) _____

国 _____

申請の種類 (該当する1つのみにバツ印) 新規クラス分け 日付指定あり再評価 再クラス分け

日付 _____ 場所 _____

国内連盟代表者の署名 _____

国内連盟印

同意書

当該競技者は、以下の通りクラス分けに全面的に協力することに同意する

- すべての質問に対しすべて正直に答える
- すべての身体検査に最大限の能力で取り組む

注: 上述した通りに全面的に協力をしない競技者は、その競技会の出場資格を失う場合がある。

クラス分けを受けるにあたり、当該競技者は、残念ながら一部テストで痛みを引き起こす場合があることを理解しなければならない。申し訳ございませんが、これはやむを得ません。

同意および選手宣言

私に、求められたテストの実施を中止しうる健康上の問題はありません。

私は、クラス分け手順の中で私が負傷した場合、パラアーチェリーを免責します。

クラス分け手順への私の参加は任意のものであり、いつでも中止する権利を有します。その場合、クラス分けは実施されず、パラアーチェリーの競技会に出場できなくなることを理解します。

私は、世界アーチェリー連盟のクラス分けシステムの発展に協力し、クラス分け中に収集されたデータを研究や教育目的で使用されることに同意します。このデータには、クラス分けの実技評価中および/またはトレーニング中や競技中に撮影された写真、映像を含みます。私はいつでも本同意書を撤回できることを理解します。

競技者署名: _____

場所および日付: _____

パラアーチェリークラス分け・医療受診報告書

申請者情報

本用紙は電子的に記入すること（手書き用紙は受け付けない）

| | |
|---|--|
| 苗字・名前 (パスポートと同様) | |
| 生年月日および出生地 (日/月/西暦) | |
| 国内統括機関（加盟組織） | |
| 本欄は再クラス分け申請の場合にのみ 記入 再クラス分け申請の理由(前回のク ラス分けと比較して出場資格の変更 を説明せよ) | |
| 一次診断（申請者のアーチェリー 競技の技能に影響を及ぼす主な病 状、疾患、傷害） | |
| 診断の日付(日/月/年) | |
| 重要な機能的制約 および/又は一 次診断に関連する障害 | |
| 一次診断を裏付ける特殊検査の概 要（X線、MRI、筋電図記録 法、又は担当医師が相当と見な すその他の検査による情報等） | |

パラアーチェリークラス分け・医療受診報告書

| | |
|--|--|
| <p>二次診断</p> <p>(一次的医療診断と組み合わせた際に、申請者のアーチェリー競技の技能に影響を及ぼす二次的な病状、疾患、傷害)</p> | |
| <p>診断の日付 (日/月/西暦)</p> | |
| <p>重要な機能的制約 および／又は二次診断に関連する障害</p> | |
| <p>二次診断を裏付ける特殊検査の概要 (X線、MRI、筋電図記録法、又は担当医師が相当と見なすその他の検査による情報等)</p> | |
| <p>その他の病状、疾患、傷害、または申請者のアーチェリー競技の技能に影響を及ぼす可能性のある酌量すべき状況</p> | |



WORLD ARCHERY
FEDERATION
FÉDÉRATION
MONDIALE
DE TIR À L'ARC



Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
1007 Lausanne, Switzerland
Phone: +41 (0)21 614 30 50
Fax: +41 (0)21 614 30 55
E-mail: info@archery.org
www.worldarchery.org

パラアーチェリークラス分け・医療受診報告書

医師情報

| | |
|-----------------------|--|
| 氏名 | |
| 署名 | |
| 所属国内医師会又は 国内委員会 | |
| 医師登録番号／適用な し (N/A) | |