



Weightlifting Canada Haltérophiles Maîtres

Formulaire d'autorisation pour Professionnel de la santé (pour la participation d'athlètes adaptifs)

2024.12.11

Ce document va aider Weightlifting Canada Haltérophiles Maîtres ([WCHM](#)) à déterminer la préparation d'un athlète pour l'activité physique associée avec la participation dans une compétition d'haltérophilie, et déterminer laquelle des classifications de para-athlète dans laquelle il/elle compétitionnera.

Conditions

1. Le formulaire de demande doit être soumis par un athlète avec une déficiences permanente ou un(e) tuteur(e) légal(e) en son nom. Si le(la) requérant(e) est incapable de signer, un(e) tuteur(e) légal(e) peut signer en son nom.
2. Le(la) requérant(e) doit être un(e) client(e) du professionnel de la santé/fournisseur de service qui autorise. Le professionnel de la santé autorisé signant le formulaire d'autorisation NE doit PAS être un membre de la famille du(de la) requérant(e).
3. Le Professionnel de la santé se doit de lire le document "[Canadian Masters Standards of Eligible Impairments](#) – Para-haltérophilie" avant de signer l'attestation.
4. Les formulaires d'autorisation pour Professionnel de la santé qui sont incomplets ou complétés contrairement à ne seront pas acceptés. Le(la) requérant(e) sera informé et on lui demandera de resoumettre.
5. Ces conditions sont sujettes à changement sans préavis.



Para-Haltérophilie – Information de l'athlète

Nom du (de la) requérant(e) (Personne avec déficience permanente):

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa): ____/____/____

Adresse postale: _____

Ville: _____ **Province/État:** _____ **Code postal/ZIP:** _____

Téléphone: (_____) - _____ - _____

Courriel: _____

J'atteste que je comprends les conditions telles qu'indiquées dans cette demande.

Signature du(de la) requérant(e) ou tuteur(e) légal(e): _____ **Date:** _____

Dans quelle catégorie de para-haltérophilie voulez-vous vous inscrire ? À noter que l'athlète pourrait convenir à une ou plusieurs des catégories et devrait sélectionner la catégorie dans laquelle il/elle veut compétitionner:

- ☐ PH1: Athlètes qui sont sourds(es) ou malentendants(es)
- ☐ PH2: Athlètes avec déficience visuelle
- ☐ PH3: Athlètes avec une déficience intellectuelle
- ☐ PH4: Athlètes avec déficiences de membres - sans prothèse
- ☐ PH5: Athlètes avec déficiences de membres - avec prothèse
- ☐ PH6: Athlètes avec une amplitude de mouvement limitée ou instabilité des articulations
- ☐ PH7: Athlètes compétitionnant avec une chaise roulante
- ☐ PH8: Athlètes de courte stature

* Weightlifting Canada Haltérophiles Maîtres est déterminé à protéger la confidentialité et la sécurité de l'information personnelle que nous recueillons, utilisons, et conservons.



Autorisation du Professionnel de la santé

Cette autorisation doit être remplie par un(e) des professionnels autorisés dans la liste ci-dessous. Le(la) requérant(e) doit être un(e) client(e) du professionnel de la santé/fournisseur de service et peut parler de leur déficience permanente.

Type of Accepted Health Care Professional (select one):

☐ Physicien	☐ Orthophoniste
☐ Infirmier(e) Praticien(nne)	☐ Ergothérapeute
☐ Travailleur(se) Social(e) (TSI)	☐ Audiologiste
☐ Physiothérapeute	☐ Psychiatre
☐ Analyste du comportement (BCBA)	☐ Thérapeute en sport
☐ Psychologue	Éducateur/trice (QC seulement)
Directeur(e) exécutif(ve) de fournisseur de service de déficiences	
*Nom de l'organisation: _____	

Étampe professionnelle (si disponible)

*J'atteste que le(la) requérant(e), qui est un(e) de mes clients(es)/patients(es), est un individu avec une **déficience PERMANENTE** qui se classifie en tant que para-athlète par les critères de la [Canadian Masters Standards of Eligible Impairments – Olympic Style Para-Weightlifting](#). J'atteste que l'information que j'ai fournie dans cette demande est précise et complète au Meilleur de ma connaissance et que l'individu est apte pour compétitionner au temps de l'autorisation.*

Nom du (de la) patient(e): _____

Déficience Permanente Éligible: _____

Nom du Professionnel de la santé ou Directeur(e) Exécutif(ve): _____

Numéro d'inscription professionnel: _____

Adresse de la Pratique/Service: _____ / # de l'Unité: _____

Ville: _____ Province/État: _____ Code postal / ZIP: _____

Téléphone: (____) - _____ x. _____ Courriel: _____

Signature du Professionnel de la santé OU Directeur(e) Exécutif(ve): _____

Date: _____

*Les signatures d'autres professionnels de la santé non inclus sur la liste ne seront **PAS** acceptées.