



INTERNATIONAL
B L I N D
S P O R T S
FEDERATION

IBSA 등급분류사를 위한 등급분류 매뉴얼

목차

IBSA회장님 서문

IBSA 위원장 비고

IBSA 및 VI 등급분류

1. 지침

1. VI 등급분류 – IBSA 스포츠 경기를 위한 등급분류 절차

2. VI 등급분류 – 논리적 절차 – 지침

3. 등급분류사 가능 여부 및 배정

4. 장비, 장소 및 스텝

5. 의학적 평가

5a – 시야 분석

5b – 시력판

5c – 재검(R) 및 확정(c) 향상을 위한 비고

5d – 재등급분류심사 절차 및 평가

6. 재등급분류 절차 및 평가

2. 양식

7. 의료진단서 양식

8. 시각적 변화에 대한 업데이트

9. 등급분류 양식

10. 등급분류 소청 양식

11. 등급분류심사 후 보고서

12. 등급분류 재검

13. 등급분류 일정

IBSA 회장님 서문 – Jannie Hammershoi

IBSA 회원국에게

경험이 풍부한 Jose LDoria와 위원장인 Aspazia Vouza에 의해 만들어진 등급분류사를 위한 첫 IBSA등급분류규정집을 소개합니다. 이 문서에는 IBSA에서 진행되는 모든 등급분류 절차를 비롯하여 2017년 1월부터 적용되는 모든 새로운 문서를 포함하고 있습니다.

등급분류는 IBSA의 모든 선수에게 필수입니다: 이는 선수 시각 능력에 따라 3등급으로 나누어 경쟁하게 하며 IBSA대회의 공정성과 공평성을 보장합니다. 각 스포츠 등급은 선수의 활동 제한에 대한 자세한 설명을 담고 있습니다.

저희는 세가지 매뉴얼을 만들었습니다:

- 1) IBSA 회원을 위한 IBSA 등급분류 매뉴얼
- 2) IBSA 승인 대회 조직위원회를 위한 IBSA 등급분류 매뉴얼
- 3) VI등급분류사를 위한 IBSA 등급분류 매뉴얼

저희는 본 매뉴얼이 회원들을 위해 최선을 다해 자신의 시간을 포기하며 대회에 봉사하기 위해 오는 VI등급분류사에게 매우 도움이 될 것이라 믿습니다. 등급분류사로부터의 피드백을 환영합니다.

IBSA medical director (의무위원장)_ Aspasia Vouza

본 업데이트 된 매뉴얼은 VI 커뮤니티의 다수 사람들이 모여 개발되었습니다. 선수에서 코치 및 많은 사람들이 이전 안내서에 대해 긍정적인 부분과 부정적인 부분을 지적하였습니다. 모든 지적은 검토되었고 수정 가능한 부분은 수정하여 본 새로운 판이 만들어졌습니다.

등급분류 목적은 명확합니다. 간단히 말해 선수가 국제대회에 전맹 및/혹은 저시력 선수가 참가하는 것, 그리고 둘째로 시각 장애에 맞게 올바른 등급을 받는 것입니다. 또한, 등급은 질병 회복 정도, 등급분류시의 질과 협조, 그리고 미래 시각 회복 가능성에 의거하여 평가됩니다. 등급분류는 현재 정확한 기준이 있는 관계로 단점을 보완하였지만, 시각적 장애 유발 질병은 진보 및/혹은 개선되기도 하기에, 등급분류 절차 또한 이에 맞게 진행되어야 합니다. 등급분류는 항상 일관성이 없지만, 요즘은 이를 최소화하고 있으며, 등급분류가 갈수록 정교해지고 있으므로 점차 더 줄어들 것입니다.

저희는 모든 VI 커뮤니티가 본 매뉴얼을 다시 검토해주길 바라며, 수정 및 명확히 되어야 하는 부분은 2017년 3월 15일까지 medical@ibsasport.org로 보내주시기 바랍니다. 내용을 무시하는 것은 등급분류 심사 시 오해의 소지가 있을 수도 있습니다. 저희는 공평한 등급분류 절차가 행해졌다는 자신감으로 선수가 경기를 참가할 수 있도록 공평한 환경을 만들고 싶습니다. 본 문서를 읽는 독자들은 등급분류에 대해 세부적으로 인지하고 있다고 느낄 것이며, 강점에 대해서도 인지할 수 있습니다. 오해는 현재 시스템에서 보다시피 줄어들 것입니다. 하지만, 미래 개발은 모든 이해당사자 의견도 반영될 것이며 이를 격려합니다.

IBSA 및 VI 등급분류

IBSA – 국제시각장애인스포츠연맹은 1981년에 설립되었으며 5개대륙에서 총 130회원국이 가입되어 있다. 첫 헌법은 1985년에 만들어졌지만, 몇 번의 총회에서 수정되고 개정되었다. 2014년부터, IBSA본부는 Adenauerallee 212-214, D-53113 독일, 본(Bonn)에 위치해 있다. IBSA의 최종 목표는 전맹 혹은 저시력 선수들이 동일한 조건에서 동료들과 함께 경쟁할 수 있는 대회 및 활동을 구성하는 것이다. 현재 구성된 조직은 IBSA 이사진, IBSA 관리위원회, IBSA 스포츠 기술위원회, IBSA 의학위원회 그리고 각 IBSA 스포츠 종목을 위한 IBSA 분과위원회 (<http://www.ibsasport.org/history/>)로 구성되어 있다.

IBSA는 3개 올림픽 종목(5인조 축구, 골볼, 그리고 유도)뿐만이 아니라, 아직 올림픽 종목으로 채택되지 않은 전맹 혹은 저시력 선수를 위해 아직 7개의 경기(체스, 나인핀 그리고 탠핀볼링, 역도, 사격, 쇼다운, 토어볼)도 주최한다는 것을 꼭 알아야 한다. 국제장애인올림픽위원회는 시각장애인이 참여할 수 있는 종목인 육상, 수영, 알파인 스키, 노르딕 스키를 주관한다: 양궁, 사이클, 승마, 조정, 요트 그리고 트라이애슬론 등은 각 개개인 독립된 국제기구 관할하에 있다.

IBSA는 모든 각국의 National Paralympic Committee (NPC) 또는 National Federation (NF)이 국제등급이 “확정”을 받은 선수더라도 매년 선수를 평가하기를 권장한다. 국제등급분류는 질환에 대한 전체적인 평가를 하지 못하기 때문에 이에 따른 전반적 그리고 시각 건강 관련 위험요소의 책임은 NPC 또는 NF에게 있다.

시각 장애 선수 등급분류는 대회 구조에 대해 제공하며, 선수가 다른 선수와 평등하게 참가할 수 있도록 하는 것이다. 이는 경쟁할 수 있는지 여부를 결정하고 대회 틀 역할을 하는 선수를 시각 능력에 따라 “등급”을 발급하는 체계적인 방법이다. IBSA VI. 등급분류는 IBSA 위원장이 지도하며, 각 대륙 별로 등급분류사가 지명되어 등급분류위원회가 보조 한다. 등급분류는 IBSA 위원장이 지명한 IBSA 및 IPC 승인 등급분류사에 의해 국제 VI. 등급분류 패널을 통해 진행된다.

모든 IBSA대륙, 대륙간의, 혹은 세계선수권대회 전, 모든 선수는 반드시 IBSA 등급분류를 받아야 하며, 유효한 스포츠 등급이 없는 선수 및 스포츠 등급이 적합하지 않으면 경기에 참가할 수 없다. 2015년부터 모든 선수는 등록을 하고 IBSA 선수 등급분류 문서가 저장된 IBSA ISAS데이터베이스의

라이선스를 받아야 한다. IPC와 협력 하에, IBSA 및 다른 독립된 장애인스포츠연맹은 곧 다가오는 미래에 스포츠-구체적으로 VI.등급분류를 위해 시 각 등급분류가 더 나은, 그리고 더 객관적이고 증거 바탕으로 된 방법을 보장하기 위해 계속적으로 연구 중이다. 하지만, 시력, 시야, 그리고 등급의 평가의 더 나은 표준화를 위해 현재의 VI.등급분류 모델을 검토와 개선하는 것은 항상 필수이고, 그렇기에 검토 기간을 이용해야 한다.

(1) IBSA – 스포츠 대회를 위한 VI 등급분류 절차

본 절차는 IBSA 대회 등급분류 전반적 절차의 흐름과 핵심을 알려준다. IBSA대회 중 대륙, 대륙별, 그리고 월드컵 및/혹은 선수권대회 등급분류심사가 진행되는 것은 필수이며, (최소 2개 패널), 그 외 회의 및 대회에는 요청 시 진행된다. 절차는 제안서를 제출한 후 IBSA 대회 개최 선정이 되고, 등급분류 절차 및 규정에 의거하여 개최된다.

LOC(조직위원회)가 대회 개최한다는 계약서를 서명한 후:

- 스포츠위원회와 LOC는 IBSA위원장에게 대회 최소 3개월 전 등급분류 심사를 신청한다. 가장 추천하는 방법은 한 해가 가기 전 11월 15일까지 요청을 하는 것이며, 그래야 나중에 요청 시 가능한 등급분류사가 없다거나, 우선권이 없는 일이 일어나지 않는다.
- 요청 시 반드시 다음과 같은 정보가 있어야 한다: 대회 명, 장소, 등급분류 심사 및 경기 날짜, 등급분류 패널 수를 제공해야 하며, 등급 받아야 하는 대략적 선수 명 수도 알려줘야 한다.
- 위원장이 등급분류사를 지명한 이후 날짜가 변경된다면, 가능한 등급분류사가 없을 수도 있으며, 대회를 취소할 경우 페널티를 받을 수도 있다.
- 위원장(등급분류 관리자에서 보조인과 함께)은 등급분류사에게 스케줄과 함께 참석 가능 여부를 묻는 편지를 보낸다.
- 위원장은 등급분류사와 등급분류장을 지명하여 구체적 스포츠위원회와 LOC 그리고 등급분류사에게 확인 편지를 보낸다.
- 등급분류사가 지명된 2주 이내에, LOC는 등급분류사에게 초대장(이메일)을 보내고, 거기엔 IBS위원장과 IBSA등급분류 관리자 복사본을 함께 첨부하며, 시작일과 일정을 보낸다.
- 등급분류장과 협력하며, 등급분류 관리자는 LOC를 연락하여, 장소와 일정에 대한 조사를 하고, LOC에게 IBSA등급분류 규정 및 절차와 IBSA등급분류 매뉴얼에 명시된 등급분류 항목을 제공해야 한다.
- IBSA 회원이 참가하기 위해서는 ISAS 데이터베이스에서 선수 등록 및 라이선싱을 신청해야 하며, LOC는 (참가신청을 통해) IBSA회원과 소통해야 한다.
- 등급분류가 있기 8주 전, LOC는 등급분류 관리자에게 등급분류 신청자 명단을 보내고 위원장과 등급분류장에게 사본을 보내야 한다.

- 참가회원연맹은 참가하는 선수를 등록하고 라이선스를 줘야 한다. 등록할 때에, IBSA ISAS(IBSA스포츠관리시스템)에 MDF(의료진단서)를 첨부해야 한다. 마감일은 등급분류 첫째 날로부터 최소 6주 전이다.
- 등급분류 관리자는 ISAS를 확인하여 모든 참가자가 MDF를 첨부하였는지, 그리고 라이선스가 있는지 확인한다.
- 등급분류 관리자는 LOC에게 등급분류심사 받을 준비가 된 사람을 알려준다.
- 등급분류 관리자는 등급분류장과 LOC와 함께 등급분류일정을 만들어야 한다.
- 등급분류장은 다른 등급분류사들의 도움을 받으며 데이터베이스의 MDF를 확인하고, 그 외 선수의 관련 모든 서류를 확인한다. 반드시 피드백을 줘야 한다.
- 등급분류가 진행된다. 등급분류장이 등급분류 심사 결과를 바로 관리한다. 선수는 등급분류 문서 복사본을 받는다. 매일의 등급분류 명단은 구체적인 시간과 함께 미리 공지될 것이다.
- 등급분류장은 LOC에게 매일의 등급분류 결과와 최종 등급분류 목록을 복사하라고 할 것이다. 최종 등급분류 목록은 공지되며, 복사본은 IBSA위원장, 등급분류 관리자 그리고 대회 담당자에게 이메일로 보내질 것이다.
- 등급분류장은 등급분류양식 및 최종 등급분류 목록을 확인하고 안전하고 방수되는 봉투에 모두 넣어 LOC에게 전달하고, 택배기사를 불러 아래 주소로 보낸다:

IBSA VI ASSIST
 Club Sportiv Lamont
 Strada Aurel Vlaicu11/29
 400069 Cluj Napoca
 Romania

- IBSA 보조인은 등급분류 양식 원본을 스캔하고, ISAS 데이터베이스 선수의 개개인 파일에 업로드 한다. 또한, 스포츠 등급분류 마스터 리스트를 업데이트 한다.
- IBSA 회원은 마스터 리스트에서 불일치 및 오타 여부를 확인하고, 수정해야 하는 부분은 등급분류 관리자 및 위원장에게 보고해야 한다.

(2) VI 등급분류 - 논리적 절차 - 안내서

	행동	언제	누가	누구에게	내용
	등급분류 전				
Ref 1	VI 등급분류 장비와 시설에 대한 모든 정보는 VI ChC(등급분류장)에게 보내기 [IBSA MD(위원장)과 IBSA CA(등급분류 관리자)에게 사본]	첫 등급분류날 8주 전	LOC	ChC, IBSA, MD, IBSA CA	등급분류 방 구조 및 크기(미터 단위) 명시 (안내서, 장비..)
2	대회 참가자 목록 , 국가별로 목록을 IBSA등급분류 관리자에게 보내기	6주 전	LOC	IBSA CA	
3	등급 받아야 하는 선수의 MDF 및 관련 의료 서류를 ISAS 시스템에 업로드	Limit: 첫 등급분류날 6주 전	NF		미완성 MDF와 영어로 되어있지 않거나 잘못 작성되었을 경우 거부. (ISAS규정 참고)
4	IBSA 등급분류 마스터목록과 참가자 목록을 비교하고 유효한 등급분류카드를 소지하고 있는 선수는 명단에서 삭제. 임시등급분류목록 작성.		IBSA CA		(등급분류 목록 참고)
5	임시등급분류목록에서 ISAS에 유효한 MDF를 제 시간에 업로드 하지 않은 선수 삭제. MDF로 인해 확실히 삭제하는 선수는 LOC 및 IBSA회원국에 공지. 그리고 수정되어야 하는 부분 명시.	첫 등급분류날 6주 전	IBSA CA	LOC, NF	MDF 미흡 혹은 영어로 작성이 안된 선수는 확실히 제외 . 미완성된 MDF혹은 잘못 작성된 것은 1주일 이내 수정해서 다시 업로드.
6	임시등급분류목록을 등급분류장에게 발송 (IBSA 위원장에게 사본)	첫 등급분류날 6주 전	IBSA CA	ChC, IBSA MD	
7	등급분류장은 (다른 등급분류사들 도움 하에) MDF와 의료진단서 확인 시작 및 추가 필요 서류 및 경고 피드백 보내기		ChC		미완성 MDF는 검사하지 않는다.

8	완성되고 수정된 MDF로 임시등급분류목록 수정. 최종 VI 등급분류 목록을 등급분류장, IBSA 위원장, LOC에게 보내기.	첫 등급분류날 5주 전	IBSA CA	ChC, IBSA MD, LOC	임시대회목록 은 반드시 최종VI등급분류 목록+유효한 등급분류카드소유선수목록과 반드시 동일해야 함.
9	등급분류장은 MDF피드백을 IBSA등급분류 관리자에게 계속 보내줘야 함. IBSA CA는 NF/선수에게 보내, 등급분류 시 더 나은 정보를 제공할 수 있도록 해야 함.	Limit: 첫 등급분류날 1주 전	ChC	IBSA CA, LOC, NF	
10	등급분류 일정 초안을 등급분류장에게 보내기. 이는 선수, 팀 입국 고려.	등급분류 시작 4주 전	IBSA CA	ChC	모든 선수는 반드시 첫 등급분류 시간에 등급분류 받을 준비가 되어있어야 함
11	등급분류 일정 수정 및 승인	3주 전	ChC	IBSA CA	
12	최종 등급분류 일정 및 등급분류 장비, 장소 및 시설 승인	등급분류 시작 2주 전	ChC, IBSA CA	LOC	
13	최종 VI 등급분류 일정 및 선수가 등급분류 장소까지 갈 수송편 관련 설명서를 NF에게 보냄.	등급분류 시작 2주 전	LOC	NF	

등급분류 기간					
14	VI 등급분류 일정을 호텔, 대회 책상 및 국내 등급분류에 공지 (IBSA임원들에게 메일로 보내도 됨)		LOC		선수는 일정에 명시된 시간 30분 전에 등급분류 장소에 반드시 도착해야 함
15	호텔, 대회 책상 및 등급분류 장소에 (가능한) 수송편 일정 공지 (IBSA임원들에게 메일 발송)		LOC		
16	VI 등급분류 결과를 대회 책상 및 국내 등급분류에 공지(공지하는 시간 명시) (공지는 필수사항이지만, 메일로 보내도 됨)	각 등급분류 기간 이후(오전&오후)	ChC, LOC		항의(소청) 은 해당 선수 등급이 발표된 1시간 이내
17	최종등급분류목록을 대회 책상에 공지. IBSA MD, IBSA CA 그리고 대회장에게 메일로 공지.	등급분류 종료 후	ChC, LOC	IBSA MD, IBSA CA, CD	

	등급분류 후				
18	모든 등급분류 양식을 확인 및 최종등급분류결과목록과 함께 방수 봉투에 밀봉 (안내서 참고)	VI 등급분류 종료 다음 날	ChC	LOC	등급분류장은 등급분류 종료 후 반나절에서 하루 더 지내야 함.
19	택배회사가 봉투를 IBSA Assist Office로 배송	대회 일주일 후	LOC	IBSA S	택배회사가 반드시 봉투를 전달. IBSA 연락자에게 반환된 것을 전달
20	등급분류장에게 보고서 발송	일주일 이후 날짜 이내에	CIIs	ChC	
21	최종 등급분류 보고서 발송	등급분류 2주 후	ChC	IBSA MD	
22	IBSA Assist가 등급분류 양식 스캔 후 ISAS 시스템에 업로드	한달 이내	IBSA CA		
23	IBSA 스포츠 등급분류 마스터목록은 IBSA Assist가 업데이트	대회 한달 이후	IBSA CA		
24	IBSA 스포츠 등급분류 마스터 목록에서 불일치 및 오류 확인 후 보고.		NF	IBSA CA, IBSA MD	최종 업데이트 된 스포츠등급 마스터목록은 반드시 대회 종료 후 2개월 이내에 준비 완료되어야 함.

(3) VI 등급분류 - 등급분류사 가능성 및 배정 - 안내서

	등급분류사 필요/규정	내용
Ref 1	<p>고려할 점: 등급분류 패널 1개 (등급분류사 2명) / 선수12명 (선수 최대 15명) / 등급분류날짜 1 (8시간)</p> <p>고려할 점: 패널이 1개일 경우, NE(허용되지 않음) 항소는 동일한 대회에서 해결할 수 없다.</p> <p>모든 대륙, 대륙별 그리고 세계선수권대회 혹은 경기에는, 최소 2개 패널이 필수.</p> <p>VI 등급분류가 이루어 지지 않은 대회에서의 결과는 스포츠 랭킹에 포함될 수 없다.</p>	<p>기술임원이 시각 필드 장비를 운영할 수 없다면 하루에 선수12명 미만 자동굴절검사기를 운영할 수 있는 기술임원이 없다면 하루에 최대 선수12 호텔, 지역 식사 그리고 등급분류 장소까지 총 1시간이 넘는다면, 하루에 선수 12 미만</p>
2	<p>LOC(조직위원회)는 반드시 다음과 같은 비용을 내야 한다:</p> <p>수송 (집에서 집으로): 비행; 등급분류사 집에서 공항, 호텔, 국내 식비, 등급분류 장소 그리고 경기장까지</p> <p>비자 (필요 시)</p> <p>숙박: (3성급 호텔 혹은 그에 동등한) 변기와 욕조가 모두 있는 싱글룸. 호텔에서 무료 와이파이가 방에서도 되는 곳 추천</p> <p>식사: 공항 입국에서 출국까지의 (매일 조식, 중식, 석식)</p> <p>일일경비 - 25유로/1일 집 출국일에서 집 도착일로 계산</p>	<p>집-공항 수송편(왕복) 비용이 총 40유로(혹은 그에 동등한)를 넘는다면, 등급분류사는 LOC에게 여행 전 미리 알려야 한다. 귀국 1주일 이내, 등급분류사는 비용을 스캔 복사하여 보내고, 일주일 이내에 등급분류사의 각국 화폐로 반드시 배상해야 한다 (등급분류사 귀국 후 2주 동안 모두 완료)</p> <p>그 외 등급분류사가 미리 대신 지불한 여행 및 비자 비용은 반드시 등급분류 첫째 날 전에 등급분류사 나라 화폐로 배상해야 한다 (현금 혹은 은행 입금). 만약 등급분류사가 다른 화폐도 받는다고 미리 동의 시 다른 화폐도 가능)</p> <p>일일경비는 대회 국가 화폐로 가능, 등급분류사 도착 날 반드시 지급.</p>
3	<p>등급분류사는 등급분류심사를 시행하는 첫날의 <u>하루 전날</u> 호텔에 반드시 도착</p>	<p>등급분류사와 LOC간의 사전 동의 하에 다른 일정(배정)이 가능. 등급분류사는 여행 일정을 배정 시작 시 LOC에게 못 먹는 음식물 혹은 식사를 미리 말해야 한다.</p>

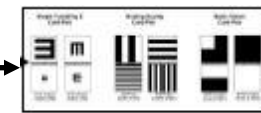
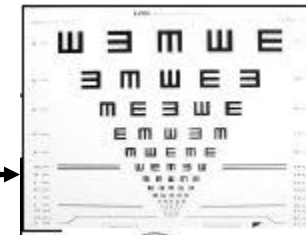
	<p>최종 등급분류심사 끝나는 시간이 오후일 경우, 그 다음 날 호텔에서의 출발은 반드시 <u>오전10시</u> 이후이다.</p> <p>모든 비행은 이코노미 클래스이며, 가방은 1개이다 (20kg). 기차 및 버스는 퍼스트 클래스로 예약한다.</p>	
4	<p>등급분류장, LOC가 배려하여 동의 하에, 등급분류 시설 및 장비가 적합한지 확인하기 위해 등급분류날 2일 전에 도착해도 된다.</p> <p>등급분류장은 반드시 등급분류가 끝난 후 하루 종일 대기해야 한다.</p>	등급분류장 필요한지 여부에 따라..
5	<p>IBSA가 제공하는 것:</p> <p>잡에서 공항까지/공항출발에서 집까지 모든 일정을 포함한 여행, 사고 및 건강에 대한 보험</p> <p>(첨부 문서 참고)</p>	IBSA Medical에 의해 선정된 등급분류사의 보험은 모든 대회(IBSA 스포츠 및 단일 종목 경기) 중 유효해야 한다.

	행동 1: 부탁 및 가능여부 절차	제한/언제	누가	누구에게	내용
6	등급분류가 필요하다고 요청 발송: 스포츠, 지역, 등급분류 날짜, 대회 날짜, 필요한 등급분류 패널 개수도 함께 발송 (1패널=등급분류사2명) (A-D 참고)	대회 4-6개월 전	NF	IBSA MD	<p>등급분류 신청 서류 참고</p> <p>*11월 이후에 보낸 요청서는 우선권 및 가능 여부에 대한 확신을 줄 수 없다</p>
7	VI등급분류사에게 필요하다고 요청 발송 및 가능여부 문의	대회 6개월 전	IBSA MD	CIs	등급분류 달력과 가능 여부 양식 참고
8	VI등급분류 기회에 대해 가능여부	3-4개월	등급분류사	IBSA MD	등급분류 달력과 가능 여부 양식 참고
9	대회에 지명된 등급분류사에 대해 IBSA CA, IF, NF, LOC 그리고 VI등급분류사에게 보고	1월 30일 전	IBSA MD	IBSA CA, IF, NF, LOC, 등급분류사	VI등급분류대회로 지명된 등급분류사 참고 * 등급분류장 또한 지명됨
10	미리 요청해야 하는 최소 날짜: 120일 (3개월)				

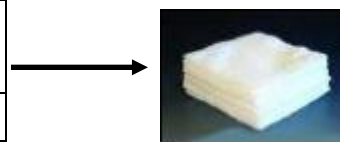
	행동 2: 등급분류사 배치	언제	누가	누구에게	내용
11	등급분류사에게 중요한 정보: a) 숙박, 호텔 이름, 홈페이지 링크, 핸드폰번호 및 이메일 b) 수송편 공항/호텔, 수송 수단 종료 및 시간 c) LOC 연락망 핸드폰 번호, 공항 담당 연락망 핸드폰 번호 (긴급상황 시 긴급연락망) d) 등급분류 장소 및 등급 받아야 하는 선수 명 수 (예상) (논리적 안내서 참고)	첫 등급분류날 45일 전. 무조건 항공편 예약하 기 전.	LOC	CIs, IBSA CA	등급분류사는 반드시 모든 수송 프로그램 및 숙박을 최종 항공편 예약 전 확정해야 한다. *등급분류사와 LOC의 사전 동의 전에는 최종 예약을 하면 안 된다. 공항 도착에서 호텔까지 (왕복) 수송편은 반드시 고려해야 하며, 환승시간이 길지 않길 추천한다. LOC가 비행 티켓과 함께 수송편 티켓을 보내줘야 한다.
12	LOC를 위한 등급분류사 정보: a) 이름 전체, 주소, 이메일, 핸드폰번호 (긴급상황 시) b) 여권번호 (혹은 국가 신분증) c) 입국 및 출국 공항 d) 못 먹는 음식, 수송편 비용 - 집/공항/집	첫 등급분류날 45일 전. 무조건 항공편 예약하 기 전.	CIs	LOC	
13	등급분류사를 위한 항공편 예약은 등급분류 기간 10일 전보다 더 늦어지면 안 된다.				
14	*또한 등급분류 논리적 절차 안내서 참고				
15	*LOC가 규정 및 최소 필요 요소를 부응하지 못하면 IBSA가 대회에 지명된 등급분류사를 철수할 권한이 있다.				
16	*등급분류사는 VI등급분류 일정이 변경된다면(여행 일정 및/혹은 등급분류날짜), 혹은 LOC가 규정 및 필요 요소를 따르지 않는다면 지명을 거부할 수 있다.				
17	*등급분류장은 만약 지명 받은 등급분류사와 장비에 대한 필요 요소가 등급분류 절차에 맞지 않는다면, VI등급분류를 언제든지 취소할 수 있다.				
18	*NF 혹은 LOC가 VI등급분류 요청을 취소하거나 등급분류사가 지명된 2주 이내에 IBSA위원장 및 개개인 등급분류사에게 피드백을 보내지 않는다면, 패널티를 받을 수도 있다.				

(4) VI 등급분류 - 장비, 가구, 장소 및 스텝 - 안내서

	안과용 장비	각 패널	모든 패널	내용
Ref 1	LogMAR Test chart with illiterate E for distance visual acuity testing	1		VI등급분류사가 주로 들고 다님. Wall visual acuity chart 혹은 projection visual acuity test는 필요 없음.
2	Berkeley Rudimentary Vision Test set (Single Tumbling Es-STE charts)	1		VI등급분류사가 주로 들고 다님.
3	Slit lamp	1		수직으로 조절 가능한 테이블 위에 Static slit lamp 필요. 휴대용 slit lamp 는 적합하지 않음.
4	Fundus lens (90D 혹은 78D 혹은 Superfield 혹은 동등한)	1		Slit lamp와 함께 사용
5	Set of trial lenses (with + and - spherical lens and astigmatic + and - cylinder lenses), 266pcs.	1		Full set of trial lenses 필요. Small sets (~100pcs), with a limited range of spherical and cylinder lenses는 high refractive errors에 충분하지 않음.
6	Trial frame (for trial lenses). 성인용	1		
7	Direct ophthalmoscope, 휴대용 (충전	1		좋고 조절 가능한 light intensity가 있



	기 혹은 충분한 보조 배터리)			는 반드시 좋은 것을 사용
8	Lensmeter or focimeter (프린터 달린 자동 선호) *스텝/도우미 참고		1	선수 안경 렌즈 길이 재기 위함.
9	Autorefractor with printer *스텝/도우미 참고		1 (2혹은3개 패널)	수직으로 조절 가능한 테이블 위에 Static autorefractor가 적합. Portable autorefractors는 some low vision situations 에는 좋지 않음.
10	Automated perimeter: Goldmann VF Perimeter 선호, Humphrey Field Analyser 혹은 Octopus Interzeag, 또한 허용됨		1	필수: The software in automatic perimeters must be for full range fields (80도 혹은 그 이상), not only for central visual fields. The reference stimulus/isopter is Goldman III/4 혹은 그에 동등한 다른 장비.
11	Gonioscope lens (Zeiss 4 mirror, Sussman 혹은 그에 동등한)		1	Gonioscope lens 을 추천 하지만 필수는 아님
12	Eye occlude	1		
	안약 및 약품	각 패널	모든 패널	내용
13	Tropicamide 0.5% - pupil dilating (topical eye drops)	1		병 혹은 "individual minims"
14	Proparacaine 0.5% - anaesthetic (topical eye drops)	1		병 혹은 "individual minims"
15	일회용 눈 세척 휴지/패드 *eye cleaning tissue/pads) (small – 5x5cm)	1팩		
16	손 세정액 (Hand cleaning liquid)	1병	2병	패널 방, 대기실, autorefractor and



의료처방전
필요할 수도 있음

				visual fields rooms에 필요
17	일회용 휴지 혹은 수건 (Disposable (paper) towels)	충분하게	충분하게	패널 방, 대기실, autorefractor and visual fields rooms에 필요
	가구 및 그 외	각 패널	모든 패널	내용
18	테이프 (5미터 혹은 그 이상)		1	Decimal metric system scale
19	Adhesive white paper tape (painters type)		1	
20	검정색 마커펜		1	
21	스테이플러		1	
22	플라스틱 봉투. 방수, self-adhesive, A4종이 사이즈 (210 x 297mm 혹은 8.3 x 11.7 인치)		모든 종이 에 충분하 도록	등급분류에서의 모든 등급분류 양식 및 그 외 의료진단서는 등급분류사가 반드시 함께 도봉 해야 한다. LOC가 BISA CA에게 보내야 함(택배회사사용)
23	인터넷과 프린트를 할 수 있는 컴퓨터(휴대용 혹은 데스크톱) 종이	1		
24	수직으로 조절 가능한 책상	1	2	Slit lamp를 위한 각 패널에 2개. Autorefractor을 위해 1개, visual field equipment를 위해 1개
25	수직으로 조절 가능한 의자/벤치	2	3	Slit lamp를 위한 각 패널에 2개. Autorefractor을 위해 1개, visual field equipment를 위해 1개
26	의자	5	대기장소 에 충분하 도록	
27	글 쓸 수 있는 테이블	1	1	각 패널 방에 책상1개 혹은 글 쓸 수



				있는 테이블1개, 대기실에 글 쓸 수 있는 테이블1개
	방/장소	각 패널	모든 패널	내용
28	최소 7mts의 방. 2mt의 일자로 된 길고 열린 자유로운 공간. 조용한 공간	1		천장에서 Good and uniform light (그림자 없이) with possible control of the luminosity (밝기 조절 가능한 불빛). 키고 끌 스위치가 방 안에 위치. 창문에서 자연광 없음.
29	Visual field tests를 위한 방		1	소음이 없는 조용한 방. 방 불 밝기 조절 가능 및 완전히 어둡게도 가능.
30	autorefractor and lensmeter를 위한 작은 방. 패널방과 가까운 조용한 방.		1	창문으로부터 들어오는 자연광을 차단하고 충분히 어두운 상태로 유지할 수 있어야 함.
31	대기실		1	자연광을 피하는 것이 좋음 . 등급분류패널방과 비슷한 환경.
	스텝/도우미	각 패널	모든 패널	내용
32	공인된 VI 국제등급분류사	2		IBSA위원장이 지명. 대륙, 대륙별, 세계 그리고 장애인올림픽에서 최소 2패널(등급분류사4명)이 필수
33	Visual Field tests를 위한 기술자		1	the Visual Field equipment를 조작할 수 있는 사람. 반드시 영어필수
34	Operator for autorefractor and lensmeter		1	Automatic autorefractors는 사용하기 쉬움 (일반 카메라와 비슷). 프린터가 있는 automatic lens meter도 동일. Operator가 없다면, 등급분류사가 해

				도 되지만, 등급분류심사가 늦어짐, 영어필수
35	봉사자		1	LOC와의 소통 도움, 선수 수송 및 대 기실에서 coordination, 등등. 영어필 수

25cm BASIC VIS ↓	↕ DISTANCE ↕ GRATINGS ↕	25cm	↕ DISTANCE ↕ E's ↕	25cm	50cm	80cm	1,00m	1,25m	1,60m	2,00m	2,50m	3,20m	4,00m	5,00m	6,30m
NLP	200 M	2.9	100 M	2.6 0,0025 2,6020	2.3 0,0050 2,3010	2.1 0,0080 2,0970	2.0 0,0100 2,0000	1.9 0,0125 1,9030	1.8 0,0160 1,7960	1.7 0,0200 1,6990	1.6 0,0250 1,6020	1.5 0,0320 1,4950	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0630 1,2000
LP	125 M	2.7	63 M	2.4 0,0040 2,4010	2.1 0,0079 2,1000	1.9 0,0127 1,8960	1.8 0,0159 1,7990	1.7 0,0198 1,7020	1.6 0,0250 1,5950	1.5 0,0317 1,4980	1.4 0,0396 1,4010	1.3 0,0510 1,2940	1.2 0,0640 1,1970	1.1 0,0794 1,1000	1.0 0,1000 1,0000
BWD	80 M	2.5	40 M	2.2 0,0063 2,2040	1.9 0,0125 1,9030	1.7 0,0200 1,6990	1.6 0,0250 1,6020	1.5 0,0313 1,5050	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0625 1,2040	1.1 0,0800 1,0970	1.0 0,1000 1,0000	0.9 0,1250 0,9030	0.8 0,1580 0,8030
WFP	50 M	2.3	25 M	2.0 0,0100 2,0000	1.7 0,0200 1,6990	1.5 0,0320 1,4950	1.4 0,0400 1,3980	1.3 0,0500 1,3010	1.2 0,0640 1,1940	1.1 0,0800 1,0970	1.0 0,1000 1,0000	0.9 0,1280 0,8930	0.8 0,1600 0,7960	0.7 0,2000 0,6990	0.6 0,2520 0,5990
B1		B2	↕ CLASS. ↕	B2			B3					NE			
VIS. FIELD	No VF	Ø < 10º (R<5º)			Ø >10º to < 40º (R>5ºto<20º)					Ø > 40º (R >20º)					

NLP= No Light Perception

LP = Light Perception

BWD= Black White Discrimination (cards all black / all white)

WFP= White Field Projection (cards half-black half-white / white quadrant)

Limit B1- unable to recognize single tumbling E 100M at 25cm. (LogMAR 2.6 is out)

* The **STE** is the task used to determine the **B2/B1** boundary .

Limit B2- unable to recognize single tumbling E 25M at 1meter. (LogMAR 1.4 is out)

* The **STE** is the task used to determine the **B3/B2** boundary and **confirmed** with **LogMar ACUITY CHART**(big)

Limit B3- unable to recognize LogMar 0.9 on the chart = 32M LogMAR chart at 4 meters. (LogMAR 0.9 is out)

* **LogMar ACUITY CHART** (big) is **mandatory** to determine "good VA" border of the B3 range (boundary **B3/NE**)

Distance (meters)	0,25	0,5	0,8	1	1,25	1,6	2	2,5	3,2	4	5	6,3	Class
200	B1 2,9 0,0013 2,903	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	B1
125		2,4	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	B2
100	B2 2,6 0,0025 2,602	2,3	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	B3
80		2,2	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	
63		2,1	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	
50		2,0	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9 0,126 0,9	
40		1,9	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8 0,158 0,803	NE
32		1,8	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7 0,197 0,706	
25		1,7	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6 0,252 0,599	
20		1,6	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5 0,315 0,502	
16		1,5	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4 0,3938 0,405	
12,5		1,4	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3 0,504 0,298	
10		1,3	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2 0,63 0,2	
8		1,2	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1 0,788 0,104	
6,3		1,1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0 1,0 0	
5		1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0	-0,1 -1,26 -0,1	
4	B3 1,2 0,0625 1,204	0,9	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0	-0,1	-0,2 -1,575 -0,198	
3,2		0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0	-0,1	-0,2	-0,3 -1,969 -0,294	
2,5		0,7	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0	-0,1	-0,2	-0,3	-0,4 -2,52 -0,401	

Limit B1- unable to recognize single tumbling E 100M at 25cm. (LogMAR 2.6 is out)

* The STE is the task used to determine the B2/B1 boundary .

Limit B2- unable to recognize single tumbling E 25M at 1meter. (LogMAR 1.4 is out)

* The STE is the task used to determine the B3/B2 boundary and confirmed with LogMar BIG CHART(big)

Limit B3- unable to recognize LogMar 0.9 on the chart = 32M LogMAR chart at 4 meters. (LogMAR 0.9 is out)

* LogMar BIG CHART (big) is mandatory to determine "good VA" border of the B3 range (boundary B3/NE)

(5c) 재검(R)과 확정(C) 등급을 개선하기 위한 비교

각 선수의 시력 측정

VA 최고치 측정

등급분류: Letter Chart Acuity (*TumblingE*)

Single Tumbling E Acuity (*STE*)

B1 등급을 위한 시력 기록:

Grating acuity

혹은 Basic vision test (*WFP, BDD*)

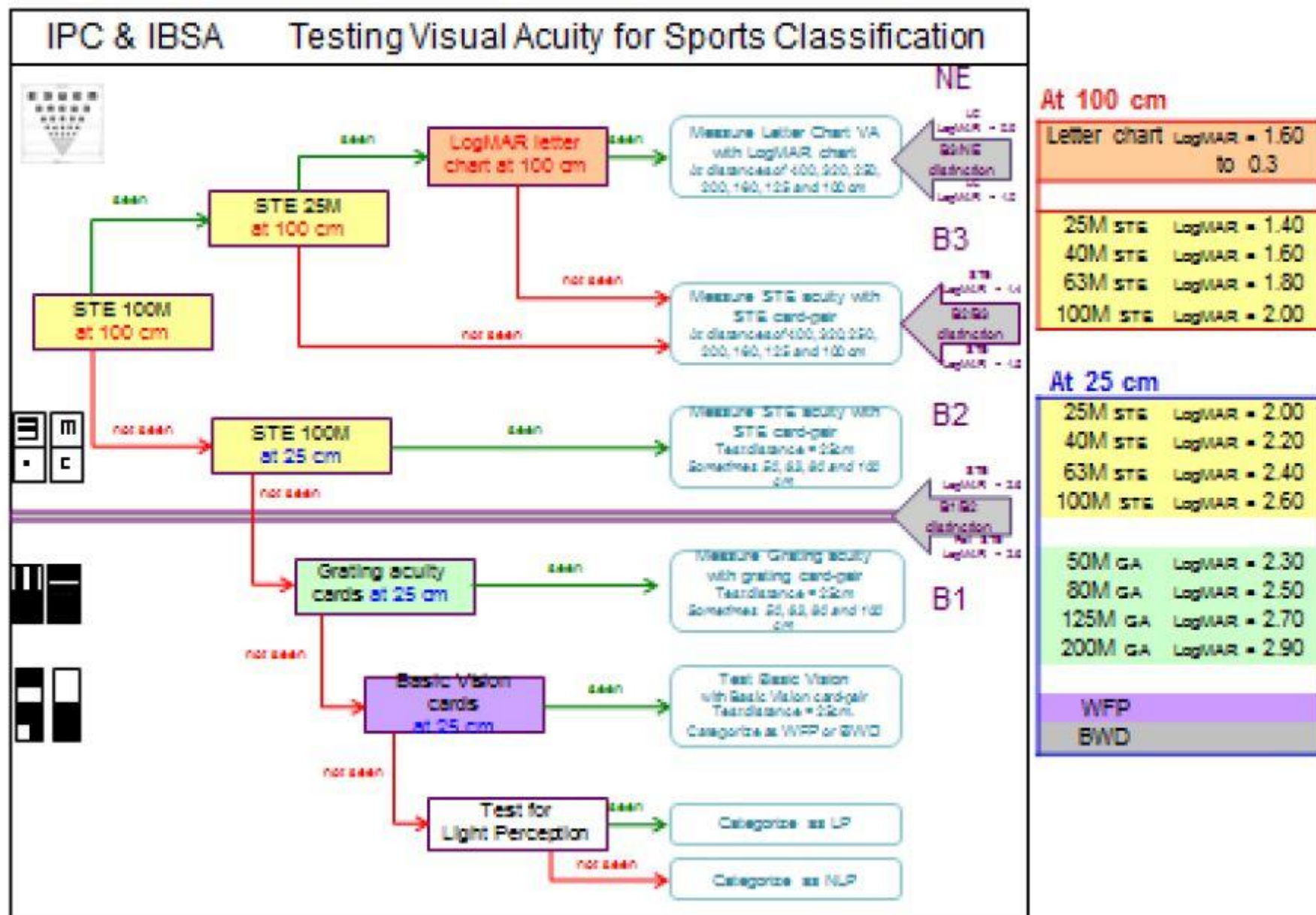
하지만, 현재 등급분류시스템에 사용하는 critical dividing lines에 특별 주의하기 바람

B1 Fails STE LogMAR = 2.6

B2 STE acuity is no better than LogMAR = 1.5

B3 E-Chart acuity is no better than LogMAR = 1.0

(5d) IBSA – 시력 검사 개선



(6) VI등급분류 – 업데이트 및 재등급심사 절차 및 평가 – 안내서

대회에서 사용되는 광학기구(optical aids)가 변경되었거나 시력상실이 더 이상 없는 경우, 확정등급(confirm)을 받았거나 지정된 재검시점 (review) (2년 또는 4년)을 받은 선수는 의무기록을 업데이트 하거나 재등급분류심사 요구서 제출이 필요할 수 있다.

A- 선수가 현재 스포츠 등급을 변경하지 않더라도, 대회에 사용되는 OPTICAL aids 혹은 처방(correction)이 변경되고, 이것이 마지막 등급분류양식에 언급된 것과 다를 경우.					
행동		언제	누가	누구에게	내용
Ref 1	선수는 새로운 등급분류심사 없이 대회에 참여할 수 있다. (예외 적용 가능)				
2	ISAS시스템에 Optical Change Form을 업로드	대회 2주전	NF		ISAS시스템 업로드 참고
3	IBSA 등급분류 관리자에게 현재 등급이 변경되지 않았지만 optical 변경 이 있다고 이메일 보내기	대회 2주전	NF	IBSA CA	
4	정보를 업데이트 못할 시 선수 국제 허위진술로 고려하여 full consequences가 적용된다.				

B – 새로운 optical aids 혹은 correction, 치료, 수술, 혹은 그 외를 통해 시력이 개선되었거나, 더 심해지지 않았을 경우					
행동		언제	누가	누구에게	내용
5	새 등급이 나오기 전까지 선수는 대회에 참가할 수 없음				
6	재등급분류심사를 요청		NF	IBSA CA	비용 없음
7	등급분류 상태를 재검(R)로 변경 (다음에)		IBSA CA		
8	업데이트 된 MDF를 보내는 것을 포함하여 등급분류 모든 절차를 진행		NF		A참고 – VI등급분류 – 논리적 절차 – 안내서
9	다음에 선수가 참가하였을 때 새로운 등급분류를 진행				
10	재등급분류심사 요청을 하지 못할 시 선수 국제 허위진술로 고려하여 full consequences가 적용된다.				

C – 시각 장애가 어느 정도 변질되어 더 이상 선수가 그/그녀의 현재 스포츠 등급에 거의 적합하지 않을 경우					
	행동	언제	누가	누구에게	내용
11	선수가 새로운 등급을 받을 때까지, 현재등급으로 대회 참가 가능				
12	새로운 등급 요청	제한: 등급분류 심사 3개월 전	NF	IBSA MD, IBSA CA	선수가 재등급 받고 싶어하는 VI등급분류 대회를 고려
13	ISAS시스템에 새로운 MDF 및 의무기록 업로드	제한: 등급분류 심사 3개월 전	NF		
14	재등급분류 심사 비 (100유로) 지불	제한: 등급분류 심사 3개월 전	NF	IBSA TR	IBSA MD 및 IBSA CA에게 지불했다는 복사본 제출
15	3명의 등급분류사에게 새로운 등급분류심사 요청	제한: 등급분류 심사 3개월 전	IBSA MD	3CIs	등급분류가 있는 대회 3개월 전
16	재등급분류심사 요청에 대한 의견 제출	제한: 등급분류 심사 2개월 전	3CIs	IBSA MD	
17	새로운 등급분류심사에 대해 2명 혹은 모든 등급분류사가 긍정적이며, IBSA MD 동의서가 있다면, 선수는 재등급분류심사 받을 수 있음	제한: 등급분류 심사 첫째 날 6 주 전	IBSA MD	IBSA CA	
18	NF에게 알리고, 선수의 등급은 재검(R)으로 바뀜 (다음에). 선수는 등급분류 목록에 추가되며, 가장 빠른 등급 가능한 날 일정 잡힘.		IBSA CA	NF, LOC, ChC	
19	재등급분류심사 이후, 상태는 항상 재검 (다음에)이며, 선수의 등급(동일하건 변경되었건)은 최종 결과가 있다.				
20	만약 선수가 더 중한 등급으로 바뀐다면, (B2>B1, 혹은 B3>B2), 지불한 비용은 <u>대회 한달</u> 이내에 환불될 것이다.				
21	선수가 첫 재심사 이후 동일한 등급 (혹은 더 경한 등급)으로 배정된다면, 비용은 환불 받을 수 없다.				

D – na선수에게 무작위로 새로운 등급을 받으라고 할 수도 있다. 또한, 엇갈린 등급분류 상황이나 예외적 상황이 나와 받아 드러진 상황을 명확히 하기 위해 참석해달라고 할 수도 있다.

22	IBSA 위원장 이전의 동의서가 필요하다.
23	이 모든 상황에서 이전 MDF는 필요 없다.

용어사전

IBSA MD – IBSA 위원장

IBSA TR – IBSA 연락망

CIs – 등급분류사;

IBSA S – IBSA 스포츠

LOC – 조직위원회

C Head – 대회장

IBSA CA – IBSA 등급분류 관리자

ChC - VII등급분류장

NF- 국내연맹

번역: 최정인

검수: 김응수



MEDICAL DIAGNOSTICS FORM (MDF) FOR ATHLETES WITH VISUAL IMPAIRMENT

- To be fully filled in English, in CAPITAL LETTERS, typed or black ink. All frames must be filled.
- To be confirmed and certified by a registered ophthalmologist.
- Cannot be older than 12 months at the time of the athlete's International Classification. The same for the complementary medical tests and other documentation attached.
- Must be uploaded in ISAS (IBSA system) 6 weeks prior to first classification day.
- See also Text and Notes on page 3 and 4. More detailed indication in VI Classification Manual.
- At Classification athlete must show the original of the MDF and other medical documents required.

To be filled by the National Federation

I - ATHLETE INFORMATION (as passport data)

Last name: _____ First name: _____
Gender: Female ☐ Male ☐ Date of Birth: ____/____/____ Nationality: _____
Sport: _____, NPC/NF: _____, ISAS registry: _____, SDMS (IPC): _____
☐ National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there are no health risks and contra-indication for the athlete to compete at competitive level in the above sport. NPC/NF keeps all the relevant medical and legal documents about it.

Name (stamp) Signature Date : Day / Month / Year

II - PREVIOUS CLASSIFICATIONS

Last National Classification: Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Other ☐: _____
First International Classifications: New ☐ or Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐
Last International Classification: Place: _____, Year: B1 _____, Sport: _____
Actual International Class and Status: New ☐ or Protest / Reclassification accepted ☐ _____, or
Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Status: Review ☐ (next time) or Review Year ☐ _____; NE ☐ 1st panel; CNC ☐

III - MEDICAL INFORMATION

A - Relevant systemic (non ophthalmic) pathology and medical information and allergies

Yes ☐: _____

No ☐

B - Visual, ophthalmic pathology and associated diagnosis (short)

C - Ophthalmic medical data

Age of onset: _____ At present: ☐ Stable on the last _____ years ☐ Progressive
Anticipated future procedure(s): ☐ No ☐ Yes: What? _____ when: _____

D - Eye medication and allergies

Ophthalmic medication used by the athlete: No ☐ Yes ☐: _____

Allergic reactions to ocular drugs: No ☐ Yes ☐: _____

To be filled by Medical Doctor - Ophthalmologist

Athlete: last name: _____ first name: _____

E - Optical correction and prosthesis

Athlete wears glasses: ☐ No ☐ Yes : { Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)
 Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)
 Athlete wears contact lenses: ☐ No ☐ Yes : { Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)
 Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)
 Athlete wears eye prosthesis: ☐ No ☐ Yes : ☐ Right ☐ Left

F - Visual Acuity

Visual Acuity	Right eye	Left eye	Binocular
With correction			
Without Correction			

Measurement Method: ☐ LogMar ☐ Snellen ☐ Other: _____

Correction used for visual acuity test: ☐ Glasses ☐ Contact lenses ☐ Trial lenses

Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)
 Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°)

G - Visual Field (IMPORTANT: Visual fields graphics must be attached)

Equipment used: _____ Pupil diameter: _____ mm
 Valid Graphics must refer to pupil diameter, isoeter and correction used and date Date: _____

Periphery isoeter	Right eye	Left eye	Binocular

Amplitude in degrees (diameter)	Right eye	Left eye	Binocular

- ☐ I confirm that the above information is accurate and updated.
☐ I certify that there is no ophthalmologic contra-indication for this athlete to compete in the above mentioned sport.
 - Attachments added to this Medical Diagnostic Form : ☐ No ☐ Yes: see and check in page 3

Name: _____

Medical Specialty: *Ophthalmology*, National Registration Number: _____

Address (Work or private): _____

City: _____ Country: _____

Phone: _____ E-mail: _____

Date: ____ / ____ / ____ Signature: _____

Athlete: last name: _____ first name: _____

IV - ATTACHMENTS TO THE MEDICAL DIAGNOSTIC FORM

1. Visual field test

For all athletes with a restricted visual field a visual field test must be attached to this form.

The athlete's visual field must be tested by full-field test (80 or 120 degrees) and also, depending on the pathology a 30, 24 or 10 degrees central field test. Standard stimulus/isopter is III/4.

One of the following perimeters must be used: Goldman Perimeter (with stimulus III/4), Humphrey Field Analyzer or Octopus (Interzeag) with equivalent isopter to the Goldman III/4. Visual fields must be referred by diameter (not radius).

2. Additional medical documentation: Specify which eye conditions the athlete is affected and what additional documentation is added to the Medical Diagnostic Form.

The ocular signs must correspond to the diagnosis and to the degree of vision loss. If the eye condition is obvious and visible and explains the loss of vision, no additional medical documentation is required. Otherwise the related additional medical documentation indicated in the following table must be attached. All additional medical documentation needs a short medical report, in English. When the medical documentation is incomplete or the report missing, the classification may not be concluded and the athlete cannot compete.

Eye condition	Additional medical documentation required			
<input type="checkbox"/> Anterior disease	none			
<input type="checkbox"/> Macular disease	<input type="checkbox"/> Macular OCT	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Multifocal and/or pattern ERG*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern appearance VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
<input type="checkbox"/> Peripheral retina disease	<input type="checkbox"/> Full field ERG*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern ERG*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
<input type="checkbox"/> Optic Nerve disease	<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern ERG*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern appearance VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
<input type="checkbox"/> Cortical / Neurological disease	<input type="checkbox"/> Pattern VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern ERG*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
	<input type="checkbox"/> Pattern appearance VEP*	<input type="checkbox"/> Right eye	<input type="checkbox"/> Left eye	
<input type="checkbox"/> Other relevant medical documentation added	<input type="checkbox"/> _____			
	<input type="checkbox"/> _____			
	<input type="checkbox"/> _____			

*Notes for electrophysiological assessments (ERGs and VEPs):

Where there is discrepancy or a possible discrepancy between the degree of visual loss and the visible evidence of the ocular disease, the use of visual electrophysiology can be helpful in demonstrating the degree of impairment. Electrophysiology is not always required.

Submitted electrophysiology tests should include: 1- Copies of the original graphics; 2- The report in English from the laboratory performing the tests, the normative data range for that laboratory, a statement specifying the equipment used and its calibration status. The tests should be performed only according to the standards laid down by the International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

- A Full Field Electroretinogram (ERG) tests the function of the whole retina in response to brief flashes of light, and can separate function from either the rod or the cone mediated systems. However, it does not give any indication of macular function.
- A Pattern ERG tests the central retinal function, driven by the macular cones but largely originating in the retinal ganglion cells.
- A Multifocal ERG tests the central area (approx. 50 degrees diameter) and produces a topographical representation of central retinal activity.
- A Visual evoked cortical potential (VEP) records the signal produced in the primary visual cortex, (V1), in response to either a pattern stimulus or pulse of light. An absent or abnormal VEP is not in itself evidence of specific optic nerve or visual cortex problems unless normal central retinal function has been demonstrated.
- A Pattern appearance VEP is a specialised version of the VEP used to establish visual threshold which can be used to objectively demonstrate visual ability to the level of the primary visual cortex.

IV - NOTES

- This Medical Diagnostic Form (MDF) with all attachments required is to be uploaded in ISAS (IBSA data base system) only by the IBSA Member and 6 weeks prior to the first classification day (<http://www.ibsasport.org/isas>).
- Pages 1 and 2 of this MDF are mandatory to upload. Page 3 is only needed when checked by the doctor. No need to upload page 4.
- Only pdf. format is accepted. Other formats will be deleted.
- Name the files as: Country (3 capital letters) _ Athlete last name and Capital letter of first name_ Medical document (MDF; VF; ERG; VEP; OCT ...) add r for report. Examples: GBR_TaylorJ_MDF.pdf / GBR_TaylorJ_VF.pdf / GBR_TaylorJ_ERG.pdf and GBR_TaylorJ_ERGr.pdf
- Athletes without correct MDF and/or not uploaded will not be classified (and cannot compete).
- Medical documents not uploaded before the classification are not considered/valid
- Athlete must carry to the Classification the originals of this MDF and all other required attachments, reports and relevant medical tests.

If there are any questions or problems please contact IBSA Assist at ibsaassist@gmail.com

UPDATE FORM FOR OPTICAL CHANGES

- Needed when the optical aids or correction used at competition has changed and is different from the one mentioned in the last Classification Form (check ISAS), even if it does NOT CHANGES the athletes current sport CLASS.
- To be fully filled in English, in CAPITAL LETTERS, typed or black ink. All frames must be filled.
- To be completed by the NF and the athlete and uploaded in ISAS 2 weeks prior to Competition
- Failure to make this updated information will be considered as Intentional Misrepresentation on the part of the Athlete with full consequences.

I - ATHLETE INFORMATION (as passport data)

Last name: _____ First name: _____

Gender: Female ☐ Male ☐ Date of Birth: ____/____/____ Nationality: _____

Sport: _____, NPC/NF: _____, ISAS registry: _____, SDMS (IPC): _____

☐ National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there are no health risks and contra-indication for the athlete to compete at competitive level in the above sport. NPC/NF keeps all the relevant medical and legal documents about it.

☐ National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there is no vision improvement with the new optical correction / aids used by the athlete with consequences in changing the sport Class given in the last International classification.

Name (stamp)

Signature

_____/_____/_____
Date (dd/ mm/ yyyy)

II - LAST INTERNATIONAL CLASSIFICATION

Last International Classification: Place: _____, Year: _____, Sport: _____

Actual International Class and Status:

Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Status: Review ☐ (next time) or Review Year ☐ _____; NE ☐ 1st panel; CNC ☐

III - INFORMATION ABOUT NEW OPTICAL AIDS

Used at competition: Optical aids: No ☐ Yes ☐ / Prosthesis No ☐ Yes ☐: Right eye ☐ Left eye ☐

Spectacles ☐ Contact lenses ☐ Sun or filter glasses ☐

Optical correction used at competition: Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°) _____

Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°) _____

☐ I confirm that the above information is accurate and updated

Athlete name: _____

City: _____ Country: _____

Phone: _____ E-mail: _____

Date: ____/____/____ Athletes signature: _____

CLASSIFICATION FORM (CF) FOR ATHLETES WITH VISUAL IMPAIRMENT

- To be fully filled in English, in CAPITAL LETTERS, typed or black ink. All frames must be filled.
- First page to be completed by the NF and the athlete prior to Classification. (see page 4)
- Must be given by the athlete to the classifiers when at VI Classification.
- Page 3 (Consent Form) must be read before, but only signed by the athlete when starting the Classification. Write athlete's name and ISAS n° in the top of all pages and the bottom of page 3 before starting

Event: _____ Sport: _____

Location: _____ Competition dates: _____ to _____ / _____ / _____
Days Month Year

I - ATHLETE INFORMATION (as passport data)

Last name: _____ First name: _____
 Gender: Female ☐ Male ☐ Date of Birth: ____/____/____ Nationality: _____
 Sport: _____, NPC/NF: _____, ISAS registry: _____, SDMS (IPC): _____
☐ National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there are no health risks and contra-indication for the athlete to compete at competitive level in the above sport. NPC/NF keeps all the relevant medical and legal documents about it.

 Name (stamp) Signature Date (dd/mm/yyyy)

II - PREVIOUS CLASSIFICATIONS

Last National Classification: Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Other ☐: _____
 First International Classifications: New ☐ or Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐
 Last International Classification: Place: _____, Year: _____, Sport: _____
 Actual International Class and Status: New ☐ or Protest / Reclassification accepted ☐ _____, or
 Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Status: Review ☐ (next time) or Review Year ☐ _____; NE ☐ 1st panel; CNC ☐

III - MEDICAL INFORMATION

A - Relevant systemic (non ophthalmic) pathology and medical information (see athlete's MDF):

Yes ☐: _____

 No ☐

B to E - Ophthalmic Information (short) (see athlete's MDF):

Visual, ophthalmic and associated diagnosis: _____
☐ Stable on the last ____ years ☐ Progressive Anticipated future procedure(s): ☐ No ☐ Yes
 Ophthalmic medication used by the athlete: No ☐ Yes ☐: _____
 Allergic reactions to ocular drugs: No ☐ Yes ☐: _____
 Used at competition: Optical aids: No ☐ Yes ☐ / Prosthesis No ☐ Yes ☐: Right eye ☐ Left eye ☐
 Spectacles ☐ Contact lenses ☐ Sun or filter glasses ☐
 Optical correction used at competition: Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°) _____
 Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (°) _____

Athlete: last name: _____ first name: _____ ISAS registry: _____

IV – CLASSIFICATIONNE > 2nd panel ☐ - After Protest > ☐**AUTOREFRACTOR**Attached ☐

or: Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (_____ °)

Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (_____ °)

VISUAL ACUITY (FINAL)☐ No optical correction**RIGHT EYE****LEFT EYE**☐ Autorefractor☐ Spectacles (see III)☐ Contact Lenses (see III)**VISUAL FIELDS** (Mandatory doing at Classification when

Final Classification is based on VF) EYE:

RIGHT EYE**LEFT EYE**- Attached Visual Fields ☐- Diameter ☐**PRELIMINARY TEST FOR VA**

Or use provisional VA table and attach it

No correction

With correction

RE	LE	LogMar	RE	LE
		STE		
		25M		
		40M		
		63M		
		100M		

ATTACHED DOCUMENTS FROM CLASSIFICATION: No ☐ Yes ☐ What: _____**COOPERATION:** Good ☐ Poor ☐: _____**OPHTHALMIC AND ASSOCIATED PATHOLOGY/ DIAGNOSIS:** _____**OTHER COMMENTS:** _____**V - FINAL CLASSIFICATION DECISION**CLASS: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐ - 1st ☐ / 2nd ☐ panel CNC ☐ Decision after Protest ☐STATUS: Confirmed ☐ Review ☐ (next time) Review 2 Years ☐ (year _____) Review 4 years ☐ (year _____)NEEDS FOR A NEXT CLASSIFICATION: ☐ Visual Fields ☐ Electrophysiology of vision ☐ OCT ☐ other: _____

CNC REASON _____

CLASSIFIERS:

Name (stamp) _____

Signature _____

Classification Date _____

Name (stamp) _____

Signature _____

ATHLETE: I acknowledge that the Classification decision has been discussed with me.

Athlete: last name: _____ first name: _____ ISAS registry: _____
 Name (capital letters) Signature or finger print

ATHLETE CONSENT FORM FOR EVALUATION ON VI CLASSIFICATION

1 - I agree to undergo the Athlete Evaluation process detailed in the IBSA Classification Rules & Procedures and IBSA Classification Manual and administered by the designated classification team. I understand that this process can require me to participate in sport-like exercises and activities and confirm that I am healthy enough to do so. I also agree that if I am injured during the course of this classification process that I will hold IBSA blameless.

2 - I understand that Athlete Evaluation requires me to give my best effort and cooperation, and the failure to do so may result in me being disqualified from competition. I also understand that discrepancies between the performances I demonstrate during the Athlete Evaluation process and that which I demonstrate during competition could also lead to my disqualification from competitions and/or a new classification process.

3 - I understand that a full Classification process is not restricted to the assessment by the classification panels.

4 - I understand that Athlete Evaluation is a judgment process and will agree to abide by the judgment of the Classification Panel. If I do not agree with the results of the Classification Panel, I agree to abide by the protest and appeals process as defined in the IBSA Classification Regulations.

5 - I agree to be videotaped and photographed during the Athlete Evaluation process and this may include also my activity on and off the field of play, during training and the competition.

6 - I agree and consent, free of cash and other personal profit, to collating and retaining my personal data in any format, including my full Name, Year of Birth, Sport, Sport Class and Sport Class Status, and I agree and consent it to be published on the website and other media.

THE ATHLETE:

 Name (capital letters) Signature or finger print Date (dd/mm/yyyy)

Parent / Guardian (mandatory if the Athlete is under eighteen (18) years of age)

 Name (capital letters) Signature Date (dd/mm/yyyy)

Detach and give to the athlete after Classification

ATHLETE last name: _____ First name: _____ Nationality: _____

ISAS (IBSA) registry: _____ Sport: _____ Classif. Local: _____ Year: _____

VI - FINAL CLASSIFICATION DECISION

CLASS: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐ 1st ☐ 2nd ☐ panel CNC ☐ Decision after Protest ☐
 STATUS: Confirmed ☐ Review ☐ (next time) Review 2 Years ☐ (year _____) Review 4 years ☐ (year _____)

NEEDS FOR A NEXT CLASSIFICATION: ☐ Visual Fields ☐ Electrophysiology of vision ☐ OCT ☐ other:

CLASSIFIERS:

 Name (stamp) Signature Classification Date

 Name (stamp) Signature

To be filled by the National Federation and signed by Athlete just before the Classification

To be filled by the Classifiers

Athlete: last name: _____ first name : _____ ISAS registry: _____

CLASSIFICATION FORM (CF) FOR ATHLETES WITH VISUAL IMPAIRMENT

INSTRUCTIONS:

Be sure the athlete's name and ISAS registry is filled in the top of page 2 and 3.

Page 1 must be filled prior to arriving to Classification (preferable at NF, before traveling).

1. Read it carefully; fully fill it in English, typed or in Capital letters, with black ink.
2. All frames must be completely filled.
3. Frame I Athlete information –
 - ISAS (IBSA) number is mandatory as well as SDMS (IPC) when applicable.
 - Name (stamp) and Signature of NPC or NF is mandatory, and the date.
4. Frame II Previous Classification –
 - There is place for the National Classification, for the First international Classification (when possible) and for the Last International Classification.
 - Actual International Class and Status is mandatory and must be the same as in the last updated ISAS registry and IBSA Sport Master List (or the IPC SDMS, when applicable).
5. Frame III Medical Information –
 - A: You can find it in the current Medical Diagnostic Form (MDF), in the Medical Information frame. Please copy here only what is related with general health/pathology and NOT what concerns eye or ophthalmologic pathology.
 - B to E: You can find it in the current Medical Diagnostic Form (MDF), in the Medical Information frame. Copy only what concerns eye or ophthalmologic pathology.
In Medical History and from the athlete information you have what is about stable or progressive ophthalmologic disease and what is about anticipated future procedures.
In the specific frames of the current Medical Diagnostic Form (MDF) you have the eye medication and eye allergies.
In the current Medical Diagnostic Form (MDF) and from the athlete information you have the optical aids (glasses, contact lenses or filters) used at competition.
IMPORTANT – this optical aids information must be the same one that the athlete will use at the competition and it needs to be carried to Classification.

Athlete: last name: _____ first name: _____ ISAS registry: _____



CLASSIFICATION PROTEST FORM

- Protests can only be submitted by a designated representative of an IBSA Member, National Paralympic Committee and International Federation or, under exceptional circumstances, by the Chief Classifier or a member of the Governing Board of IBSA or IPC.
- Protest must be submitted to the Chief Classifier less than 1 hour after the first posting of the Classification Results where the athlete protesting is mentioned. (Not applicable to protests under exceptional circumstances).
- Protest fee will be reimbursed ONLY when the Protest is accepted and the Classification Class is changed (Classification status is not considered).
- To be completed fully in English, in CAPITAL LETTERS, typed or black ink.

I - COMPETITION

Sport: _____	Competition: _____
Local: _____	Country: _____
Competition days: / / to / /	Classification days: / / to / /
Classification Local: _____	

II - DETAILS OF ATHLETE PROTESTING (as stated in passport)

Last name: _____	First name: _____
Gender: Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>	Date of Birth: / / Nationality: _____
Sport: _____	NPC/NF: _____ ISAS (IBSA): _____ SDMS (IPC): _____

III - PROTEST LAUNCHED BY

A - <input type="checkbox"/> IBSA Member <input type="checkbox"/> National Paralympic Committee <input type="checkbox"/> National Federation:
Name: _____
Fee Paid: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Amount: _____, currency: _____
B - <u>Under exceptional circumstances</u> (no need of fee):
<input type="checkbox"/> Chief Classifier, <input type="checkbox"/> International Paralympic Committee Board member, <input type="checkbox"/> IBSA Board member:
Name: _____
A or B - Signature: _____ Date: ____/____/____ Hour: ____:____ minutes

IV - REASON FOR PROTEST (Identify clearly what are the grounds for the protest. if possible, provide a specific reference to the sport class and/or eligibility criteria and to the relevant article(s) of the classification rules and regulations)

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

V - PROTEST RECEIVED BY

<input type="checkbox"/> Chief Classifier or <input type="checkbox"/> Other authorized member, name: _____
Fee Received: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Amount: _____, currency: _____
Signature: _____ Date: ____/____/____ Hour: ____:____ minutes

Athlete: last name: _____ first name : _____ ISAS registry: _____

☐ Protest declined. (no fee reimbursement) Reason: _____

☐ Protest accepted:
New assessment: Place: _____ Time: day ____ / ____ / ____, hour ____ : ____ minutes
Chief Classifier, name: _____
Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

VII – REASSESSMENT RESULT (a new Classification Form is mandatory)

After new assessment:
CLASS: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐ CNC ☐
STATUS: Confirmed ☐ Review ☐ (next time) Review 2 Years ☐ (Year ____) Review 4 years ☐ (Year ____)
NEEDED FOR A NEXT CLASSIFICATION: ☐ Visual Fields ☐ Electrophysiology of vision ☐ OCT ☐ other: _____

Following an accepted Protest, the Class and Status after the reassessment will apply, with full consequences

Class changed after new assessment?: ☐ No - No fee reimbursement ☐ Yes - Fee reimbursement
Chief Classifier, Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Who launched the Protest: Name: _____
☐ - I confirm that I have received the full reimbursement of the protest fee
☐ - I have NOT received the reimbursement of the protest fee
Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

VIII - PROTEST FEE RETAINED BY

Name of IBSA Official who retains the protest fee _____
_____ Fee - amount : _____
_____ currency: _____

1. The Consent Form for Evaluation can be read in advance but it is to be signed by the athlete only at Classification and at the same time checking the athlete's passport or identity card, with photo.
2. The bottom of page 3: Detach and give to the athlete after Classification the athlete identification, the sport, the classification local and the year must be filled in advance to the Classification.

Athlete: last name: _____ first name : _____ ISAS registry: _____

CLASSIFIERS REPORT FORM REGARDING CLASSIFICATION

To be completed by the Chief Classifier after collecting the classifiers' reports.

Send to: IBSA Medical Director: medical@ibasasport.org

I - COMPETITION

Sport: _____	Competition: _____
Local: _____	Country: _____
Competition days: / / to / /	Classification days: / / to / /
Classification Local: _____	

II - CLASSIFIERS

(Chief Classifier): _____
(Other Classifiers): _____

(Classification coordinator – when available): _____

III – VOLUNTEERS / HELPING PEOPLE (MEDICAL TECHNICIANS EXCLUDED)

Comments: _____	<input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad

IV – ARRANGEMENTS WITH CLASSIFIERS

A - PREVIOUS CONTACTS (From IBSA and LOC)	
IBSA - <input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad	LOC - <input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad
Comments: _____	

B – TRAVEL ARRANGEMENTS (From LOC)	<input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad
Comments: _____	

C – ACCOMMODATION (From LOC)	<input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad
LOCAL: _____	
Comments: _____	

D – MEALS (From LOC)	<input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Bad
Comments: _____	

Athlete: last name: _____ first name : _____ ISAS registry: _____

V – PREVIOUS ARRANGEMENTS FOR CLASSIFICATION PROCESS

A - INFORMATION ABOUT CLASSIFICATION LOCATION, EQUIPMENT, ASSISTING TECHNICIANS AND VOLUNTEERS (From LOC)

☐ Very Good ☐ Good ☐ Bad

Comments: _____

B – PREVIOUS INFORMATION REGARDING LIST OF COUNTRIES AND ATHLETES TO BE CLASSIFIED (From IBSA and LOC)

☐ Very Good ☐ Good ☐ Bad

Comments: _____

C – MDFs SENT IN ADVANCE AND OTHER MEDICAL DOCUMENTS PRESENTED AT CLASSIFICATION (From IBSA Members and Athletes)

☐ Very Good (>90%) ☐ Good ☐ Bad (<70%)

Comments: _____

D – ADVANCED CLASSIFICATION SCHEDULE (From IBSA and LOC)

☐ Very Good ☐ Good ☐ Bad

Comments: _____

VI - CLASSIFICATION

A – PLACE and AREAS

☐ Very Good ☐ Good ☐ Sufficient ☐ Bad

Comments: _____

B - EQUIPMENT

☐ Very Good ☐ Good ☐ Sufficient ☐ Bad

Comments: _____

C-ASSISTING TECHNICIANS

☐ Very Good ☐ Good ☐ Sufficient ☐ Bad

Comments: _____

D – ATHLETES: Nº Classified: _____ New: _____ Non Eligible: _____ CNC: _____ Class changed: _____ Protests: _____

E – CLASSIFICATION: GENERAL FINAL INFORMATION: ☐ Very Good ☐ Good ☐ Sufficient ☐ Bad

F – FINAL COMMENTS AND SUGGESTIONS: _____

Chief Classifier signature: _____ Date _____

REQUEST FORM FOR VI CLASSIFICATION REVIEW

- To be fully filled in English, in CAPITAL LETTERS, typed or black ink. All frames must be filled.
- Send 3 months prior to VI Classification.
- Attach a medical report to this request.
- An updated MDF must be uploaded in ISAS when sending this request.
- A fee must be paid when sending this request. (Reimbursed if the request is accepted and Class changes) (Bank IBAN for fee payment: 100 EUROS)
- At Classification athlete must show the originals of this REQUEST the MDF and the MEDICAL REPORTED.

Sport: _____
 Request for New Classification at: Competition Name: _____
 Location (country and city): _____
 Classification dates: _____/_____/_____ to _____/_____/_____
Day Month Year Day Month Year

I - ATHLETE INFORMATION (as passport data)

Last name: _____ First Name: _____
 Gender: Female ☐ Male ☐ Date of Birth: ____/____/____ Nationality: ____
 Sport: _____ NPC/NF: _____ ISAS registry: _____ SDMS (IPC): _____
☐ National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there are no health risks and contra-indication for the athlete to compete at competitive level in the above sport. NPC/NF keeps all the relevant medical and legal documents about it.

Name (stamp) Signature Date: ____/____/____
Day Month Year

II - PREVIOUS CLASSIFICATIONS

Last National Classification: Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Other ☐: _____
 First International Classifications: New ☐ or Year: _____ Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐
 Last International Classification: Place: _____, Year: _____, Sport: _____
 Actual International Class and Status: New ☐ or Protest / Reclassification accepted ☐ _____, or
 Class: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ Status: Review ☐ (next time) or Review Year ☐ _____; NE ☐ 1st panel;

III - REASON ON THE CHANGES IN IMPAIRMENT

Improvement ☐ Deteriorated ☐
 New optical correction / aids used at competition ☐:
 Spectacles ☐ Contact lenses ☐ Sun or filter glasses ☐
Optical correction: Right eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (_____)
 Left eye: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (_____)
 Updated MDF needs to be upload in ISAS when sending this request (3 months prior to classification)

Disease Progression ☐
 Medical Treatment ☐
 Surgery or Laser Treatment ☐
☐ **Mandatory:** attach a short medical report to this request

Request accepted: ☐ No ☐ Yes

IBSA Medical Director: _____
Signature Date: ____/____/____
Day Month Year

Athlete: last name: _____ first name: _____

IV – FEE

Fee paid: Amount: _____, currency: _____ Date: ____/____/____

Bank accounts: Origin: NIB: _____ Transfer to: NIB: _____

IBAN: _____ IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

BIC/SWIFT: _____

National Paralympic Committee or National Federation: _____

Name (stamp)

Signature

Date: Day Month Year

Fee received: ☐ No ☐ Yes

IBSA Treasurer :

Signature

Date: Day Month Year

Class changed after classification review: ☐ No (no fee reimbursement) ☐ Yes (fee reimbursement)

Fee reimbursement: Amount: _____, currency: _____ Date: ____/____/____

☐ Sent to bank: NIB: _____

☐ Paid cash

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

IBSA Treasurer, or _____

Name

Signature

☐ Received

Name

Signature

V – REASSESSMENT RESULT

After classification review: Class changed: ☐ No (no fee reimbursement) ☐ Yes (fee reimbursement)

CLASS: B1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ NE ☐ CNC ☐

CLASSIFICATION SCHEDULE

1st DAY: week day, day, month

Nº	HOUR	Panel	Country	ISAS Nº	Last Name	First Name	Gender	Class / Status In	Class / Status Out	Class Change	Notes
	09:00										
	09:30										
1	10:00	A									
2		B									
3	10:30	A									
4		B									
5	11:00	A									
6		B									
7	11:30	A									
8		B									
9	12:00	A									
10		B									
11	12:30	A									
12		B									
	13:00										
13	14:30	A									
14		B									
15	15:00	A									
16		B									
	15:30	A			OPEN	To adjust times, NE/2nd panel, VF assessments, Protests					
		B			OPEN	To adjust times, NE/2nd panel, VF assessments, Protests					
17	16:00	A									
18		B									
19	16:30	A									
20		B									
21	17:00	A									
22		B									
23	17:30	A									
24		B									
	18.00				END 1st Day						