



La Fédération Internationale de Va'a (FIV)

AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Veillez remplir toutes les sections en lettres majuscules ou à la machine

1. Renseignements du sportif

Nom : _____ Prénoms : _____.

Sexe Féminin Masculin Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal : _____

Tél.: _____ Courriel : _____

(avec code international)

Sport : _____ Discipline/position : _____

Organisation sportive internationale ou nationale : _____

Veillez cocher la case appropriée :

Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une fédération internationale

Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une organisation nationale antidopage

Je participe à une manifestation d'une fédération internationale pour laquelle une AUT est requise conformément aux règles de la fédération internationale

Nom de la compétition : _____

Aucune de ces options

En cas de sportif handicapé préciser le handicap : _____

2. Informations médicales

Diagnostic avec suffisamment d'informations médicales (voir note 1):

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la condition pathologique, fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit.

3. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s): <u>Nom générique</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement: Une fois seulement Urgence
(Veuillez cocher la case appropriée) ou durée (semaine/mois) : _____

Avez-vous déjà soumis des demandes d'AUT : oui non

Pour quelle substance?

À qui? _____ Quand ? _____

Décision : Approuvée Non approuvée

4. Attestation du médecin traitant

Je, soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage d'un médicament alternatif ne figurant pas sur la Liste des interdictions ne serait pas satisfaisant pour cette condition.

Nom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

Tél.: _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

5. Déclaration du sportif

Je soussigné, _____, certifie que les informations au point 1. sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) et à d'autres CAUT d'OAD et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Code.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations ; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et mon OAD. Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Code. Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international pour le respect de la vie privée et des renseignements personnels, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

Signature du sportif : _____ **Date :** _____

Signature du parent ou tuteur du sportif: _____

Date : _____

(si le sportif est mineur ou atteint d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou tuteur le signera avec le sportif ou en son nom.)

6. Note: **Note 1**

Diagnostic :

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis à cette demande. Les preuves médicales devront comprendre un historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, analyses de laboratoire, et études par imagerie. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectives que possible. Et dans le cas de conditions ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être de nouveau soumises.

Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à FIV (vaa.medical@gmail.com) et en conserver personnellement une copie.