

**ANNEXE N° 1 (NOUVEAU)  
FORMULAIRE DE DEMANDE**

**Autorisation d'usage des substances ou méthodes interdites à des fins thérapeutiques (AUT)**

**TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ETRE COMPLETEES EN MAJUSCULES OU EN CARACTERES  
D'IMPRIMERIE ET L'ADDRESSER A L'AGENCE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE PAR  
VOIE POSTALE OU PAR FAX**

**1. Renseignements concernant le sportif demandeur de l'autorisation:**

Nom : .....		Prénom : .....	
Le père du sportif (réservé aux sportifs mineurs) .....			
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date et lieu de naissance : .....	
Adresse : .....			
Ville : .....		Pays : .....	Code postal : .....
Tél. : .....		E-mail : .....	
Sport : .....		Discipline/Position/S spécialité : .....	
Club sportif .....		N° de licence sportive: .....	
Organisation Sportive Internationale / Nationale : .....			
<b>Veillez cocher la case appropriée :</b>			
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible des sportifs soumis aux contrôles de la fédération internationale			
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible des sportifs soumis aux contrôles de l'Agence Nationale Antidopage			
<input type="checkbox"/> Je participe à une manifestation de la fédération internationale pour laquelle une AUT est requise conformément aux règles de la fédération internationale <sup>(1)</sup>			
Nom de la compétition : .....			
<input type="checkbox"/> Aucune de ces options			
En cas de sportif handicapé, précisez l'handicap : .....			
<sup>(1)</sup> Veuillez vous référer à votre fédération internationale pour la liste des manifestations			

**2. Informations médicales :**

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir note 6 - page 3) :
.....
.....
.....
.....
Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, fournir un argumentaire clinique qui justifie l'utilisation demandée d'un médicament interdit :
.....
.....
.....
.....

### 3. Détail des médicament(s) concerné(s) :

Substance(s) interdite(s) : DCI ou Nom Commercial	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Durée prévue du traitement :</b> (veuillez cocher la case adéquate)	Dose unique <input type="checkbox"/>	Urgence <input type="checkbox"/>	Durée : .....

**Avez-vous déjà soumis des demandes d'AUT ? Oui  Non**

**Date de la demande** .....

L'identification de la substance ou la méthode prohibée ? .....

Au profit (le nom et le prénom du sportif) ? ..... n° de la licence sportive .....

La décision de l'Agence Nationale de Lutte contre le dopage                      Accord                       refus

### 4-Attestation du médecin traitant :

Je, soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage de médicaments alternatifs ne figurant pas sur la liste des interdictions en vigueur ne serait pas adéquat pour l'état pathologique décrit ci-dessus.

**Nom et Prénom :** .....

**Spécialité médicale :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. :** ..... **Fax :** .....

**E-mail :** .....

**Signature et Tampon du médecin traitant :**

**Date :** .....

## 5. Attestation du sportif ou de son tuteur :

Je, soussigné, .....

- certifie que les informations du point n° 1 de la présente demande sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode inscrite sur la liste des substances et méthodes interdites en vigueur.

- J'autorise à l'Agence Nationale de Lutte contre le Dopage (ANAD) et autres organisations et personnes concernées par la lutte contre le dopage dans le sport à connaître les données personnelles relatives à mon état de santé.

Je demande que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'autorisation d'usage à des fins Thérapeutiques (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 l'ANAD. J'affirme 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 des règles antidopage, conformément aux exigences de la législation et aux règlements en vigueur.

J'affirme que si je constate que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et conformément à la législation portant protection des données personnelles, je peux porter plainte auprès des instances nationales ou internationales compétentes.

**Signature du sportif :** ..... **Date :** .....

**Signature d'un des parents ou du tuteur légal du sportif :** ..... **Date :** .....

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom)

## 6 : Note au médecin traitant.

<b>Note n° 1</b>	<b>Diagnostic</b> Le présent formulaire doit être accompagné par l'argumentaire médical confirmant le diagnostic de l'état pathologique. L'argumentaire médical pour l'usage des substances et méthodes interdites doit comprendre une description claire de l'historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, des analyses de laboratoire et des études par imagerie ayant trait à cet état pathologique. Dans la mesure du possible, ce formulaire peut être accompagné de copies des rapports médicaux originaux et de toutes les pièces ayant trait. L'argumentaire devra être aussi objectif que possible sur les circonstances cliniques, en cas de conditions non démontrables, un rapport médical indépendant devra appuyer la demande.
------------------	---

- Une fois le formulaire complété, le sportif doit le transmettre à l'agence nationale de lutte contre le dopage et en garder une copie.
- Tout formulaire ou dossier incomplet ne sera pas pris en considération et nécessitera une nouvelle soumission.