



Déclaration d'usage à des fins thérapeutiques

*Cette procédure est strictement limitée aux **glucocorticoïdes utilisés par voie non-systémique**, (les injections intra-articulaires, périarticulaires, péri-tendineuses, épidurales, intradermiques et la voie inhalée), **le salbutamol** et le **salmétérol par inhalation** et les **préparations dérivées des plaquettes par toute autre voie que la voie musculaire**.*

Veuillez compléter toutes les sections en lettres capitales

1. Renseignements sur le sportif

Nom : Prénoms :

Femme Homme

Adresse :

Ville : Pays : Code postal :

Date de naissance (j/m/a) :

Tél. bureau : Tél. privé : Portable :

e-mail : Fax :

Sport : Discipline/Position :

Organisation sportive nationale :

Si le sportif souffre d'un handicap, préciser le handicap :

2. Renseignements sur le médecin traitant

Nom, qualifications et spécialité médicale :

.....

Adresse :

..... e-mail :

Tél. bureau : Fax:

3. Renseignements médicaux

Diagnostic :
.....

Substance(s) interdite(s) : Nom générique	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			

Durée prévue de ce traitement médical	Une seule administration <input type="checkbox"/> urgence <input type="checkbox"/> Ou pendant (semaines / mois)
---------------------------------------	--

4. Déclaration du sportif

Je,....., certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'organisation antidopage, ainsi qu'au personnel de l'AMA et au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA en vertu du Code ainsi qu'à toute autre organisation antidopage en vertu du Code. Je comprends que, si je désire, le cas échéant, m'opposer au droit du CAUT de l'organisation antidopage ou du CAUT de l'AMA d'obtenir mes renseignements de santé en mon nom, je dois en aviser mon médecin traitant et l'ALAD par écrit.

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

Signature du parent ou du représentant légal :.....

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

**Veillez soumettre le formulaire complété à l'ALAD
par recommandé : B.P . 180, L-2011 Luxembourg
ou par Fax (+352) 247-83461**

et impérativement garder le récépissé de l'envoi ou l'accusé de réception du fax ainsi qu'une copie du formulaire complété pour vos dossiers.