

# DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT) THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)

ONAD Communauté française

Bld Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles (Belgique)  
Tél. : +32 (0)2 413.20.56 Fax : +32 (0)2 414.32.91  
Email : aut@cfwb.be

**Veillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.**  
**Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION

Nom de famille - <i>Family name</i>		Prénoms - <i>Given names</i>			
Sexe - <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance - <i>Birthday</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> JJ/DD	<input type="text"/> <input type="text"/> MM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AAAA/YYYY
Adresse <i>Address</i>	Rue - <i>Street</i> / Numéro - <i>Number</i>		Ville - <i>City</i>	Code postal - <i>Postal code</i>	
Tél. contact (incl. code pays) - <i>Contact tel (incl. country code)</i>			Courriel - <i>Email</i>		
Discipline - <i>Sport</i>					
Organisation sportive internationale ou nationale - <i>International or national sport organisation</i>					
Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel - <i>If athlete with disability, indicate disability</i>					

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDICAL INFORMATION

Diagnostic - <i>Diagnosis</i>
-------------------------------

Le justificatif confirmant le diagnostic doit être joint à la présente demande et doit être envoyé simultanément. Le justificatif doit contenir un historique médical détaillé ainsi que les résultats de tous les examens médicaux pertinents, analyses de laboratoire et examens d'imagerie médicale. Vous joindrez, dans la mesure du possible, les copies des rapports ou courriers originaux de sorte que la preuve soit la plus objective possible dans des conditions cliniques.

*Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible.*

Si des médicaments autorisés peuvent également être utilisés pour traiter l'affection, veuillez fournir un justificatif clinique pour l'utilisation de médicaments interdits.

*If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.*

### MÉDICAMENT(S) CONCERNÉ(S) - MEDICATION DETAILS

	Substance(s) interdite(s) (nom générique) <i>Prohibited substance(s) (generic name)</i>	Posologie <i>Dose</i>	Voie d'administration <i>Route</i>	Fréquence d'administration <i>Frequency</i>
1				
2				
3				

Durée prévue du traitement - *intended duration of treatment*

Une seule dose - *Once only*       Durée (semaine / mois) - *Duration (week / month)*       Urgence - *Emergency*

Avez-vous déjà demandé une "autorisation d'usage à des fins thérapeutiques" ?  
*Have you submitted any previous "therapeutic use exemption" application ?*

Oui - *Yes*       Non - *No*

Pour quelle substance ? - *For which substance?*

Auprès de quelle organisation antidopage ? - *To which anti-doping organisation?*

Quand ? *When ?*

JJ/DD		MM		AAAA/YYYY					

Décision ? *Decision ?*       Acceptée - *Approved*       Refusée - *Not approved*

### DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIVE APPLICATION

S'agit-il d'une demande rétroactive?  
*Is this a retroactive application?*

Oui - *Yes*       Non - *No*

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa)?  
*If yes, on what date did the treatment start (dd/mm/yyyy)?*

JJ/DD		MM		AAAA/YYYY					

Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive:  
*Please indicate the reason why the application is retroactive:*

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire  
*Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.*
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, nous n'avons pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le prélèvement d'échantillons  
*Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection*
- Autre raison  
*Other*

### DÉCLARATION DU MÉDECIN - MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

Je certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement adapté et que l'usage de médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions serait inadéquat pour le traitement de l'état pathologique décrit ci-dessus.

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.

Nom et spécialité médicale - *Name and medical specialty*

Adresse  
*Address*

Rue / Numéro - *Street / Number*      Ville - *City*      Code postal - *Postal code*

Tél. contact - *Phone number*

Télécopieur - *Fax*

Courriel - *Email*

Date

JJ/DD		MM		AAAA/YYYY					

Signature du médecin - *Signature of medical practitioner*

## DÉCLARATION DU SPORTIF

Je, ..... certifie que mes données sont correctes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui fait partie de la liste des interdictions de l'AMA. 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. Les informations que je transmets à la CAUT seront traitées conformément au décret du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage en Communauté française, en particulier l'article 8. Ces informations seront traitées dans le strict respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données seront exclusivement traitées par des professionnels de la santé, tous tenus au secret professionnel. Si nécessaire, en application de l'article 8 §4 du décret susvisé, ces informations pourront être transmises, après anonymisation, à des experts médicaux ou scientifiques pour avis. Je dispose du droit d'accéder et de rectifier toutes les données me concernant.

Je suis informé et j'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux à l'organisation antidopage (OAD), au personnel de l'AMA, et à son Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT), ainsi qu'à toute autre organisation antidopage définie par le Code\*.

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.

Date          
JJ MM AAAA

Signature du sportif

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.

Date          
JJ MM AAAA

Nombre d'annexes

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Document à nous retourner par courrier recommandé, par courrier électronique, ou via ADAMS  
au plus tard 30 jours avant la manifestation concernée.**

## ATHLETE'S DECLARATION

I, .....certify that the athlete information is accurate and that I am requesting approval to use a substance or method from the WADA prohibited list. I understand that my information will only be used for the assessment of my TUE request and in the context of inquiries and procedures relating to any violation of the anti-doping rules. The information I send to the Therapeutic Use Exemptions Committee (TUEC) will be processed pursuant to the Anti-Doping Order of 20 October 2011 issued by the French Community, in particular Article 8. This information will be processed in strict observance of the Act of 8 December 1992 concerning the protection of privacy with regard to the processing of personal information. This data will only be processed by health professionals, whom are all subject to professional confidentiality. If necessary and after de-personalisation, this information may be transmitted to medical or scientific experts for advice in application of Article 8 §4 of the Order mentioned above. I have the right to access and correct all my personal information.

I have been informed of and I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code\*.

I understand that if I wish to (1) obtain more information about the use of my information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organisations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of this fact. I understand and agree that it may be necessary that TUE-related information submitted prior to revoking my consent will be retained for the sole purpose of establishing any violation of the anti-doping rules, where this is required by the Code.

Date 

DD		MM		YYYY			

Athlete's signature

If the athlete is a minor or has a disability preventing him / her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete.

Date 

DD		MM		YYYY			

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

**This document needs to be sent back to us by mail, by e-mail, or via ADAMS  
30 days at the latest before the described sportsevent.**