



**FÉDÉRATION INTERNATIONALE D'ESCRIME
INTERNATIONAL FENCING FEDERATION**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À
DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)**

Veuillez remplir toutes les sections en lettres majuscules ou à la machine. Le sportif doit compléter les sections 1, 5, 6 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 4. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

1. Renseignements concernant le sportif

Nom:

Prénoms:

Numéro de licence de la FIE

Féminin Masculin Date de naissance (jj/mm/aa):

.....
Adresse:

Ville: Pays:

Code postal:

Tél.:
(avec code international)

Courriel:

Arme (F/E/S): Fédération nationale:

2. Renseignements médicaux (continuez sur une feuille séparée si nécessaire)

Diagnostic:

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit:

.....
.....
.....
.....
.....

Note	Diagnostic
	<p><i>Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.</i></p>

3. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s): <u>Nom générique</u>	Posologie	Voie d'administration	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				
4.				

4. Attestation du médecin

Je, soussigné certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom:

Spécialité médicale:

Adresse:

Tél.: **Télécopieur:**

Courriel:

Signature du médecin:

Date:

5. Demandes rétroactives

Cette demande est-elle rétroactive * ?

Oui:

Non:

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ? (jj/mm/aa):
.....

* Une demande rétroactive peut être effectuée si certaines conditions sont remplies (Voir le Standard International des AUT, art. 4.3)

Veuillez indiquer la raison:

- Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon
- Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables
- Autre raison

Veuillez expliquer:

.....
.....
.....

6. Demandes antérieures

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?

oui non

Pour quelle substance ou méthode ?
.....

Auprès de qui ? Quand ?

Décision: Approuvée Refusée

7. Déclaration du sportif

Je soussigné, _____, certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 5 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels.

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

Signature du parent ou tuteur du sportif: _____ **Date:** _____
(Si le sportif est mineur, un parent ou un tuteur doit le signer en son nom.)

OÙ ENVOYER CETTE DEMANDE ET LES DOCUMENTS ASSOCIÉS ?

- **Les tireurs de niveau international** (comme défini dans les règles antidopage de la FIE, 2015) doivent soumettre leur formulaire de demande d'AUT complétée, ainsi que les documents associés directement à la FIE;
- **Tout autre tireur** doit soumettre son formulaire de demande, ainsi que les documents associés, à leur ONAD respective (Agence Nationale Antidopage).

Fédération Internationale d'Escrime
Maison du Sport International
Avenue de Rhodanie 54
CH-1007 Lausanne, Suisse.
Télécopieur: +41 (0)21 612 30 83
Courriel: anti-doping@fie.ch