

**DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)
AANVRAAG «TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK» (TTN)
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

Veuillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.

Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS

Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF - GEGEVENS VAN DE SPORTER - ATHLETE INFORMATION

Nom de famille - Familienaam - <i>Family name</i>		Prénoms - Voornaam - <i>Given names</i>			
Sexe - Geslacht - <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance - Geboortedatum - <i>Birthdate</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse - Adres - <i>Address</i>	Rue - Straat - <i>Street</i> / Numéro - Nummer - <i>Number</i>		Ville - Gemeente - <i>City</i>	Code postal - Postnummer - <i>Postal code</i>	
Tél. contact (incl. code pays) - Telefoonnummer (incl. landcode) - <i>Contact tel (incl. country code)</i>			Courriel - E-mailadres - <i>Email</i>		
Discipline - Sporttak - <i>Sport</i>					

Organisation sportive internationale ou nationale - Internationale of nationale sportorganisatie - *International or national sport organisation*

Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel - Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden - *If athlete with disability, indicate disability*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDISCHE INFORMATIE - MEDICAL INFORMATION

Diagnostic - Diagnose - *Diagnosis*

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.

Het bewijs dat de diagnose bevestigd, moet aan deze aanvraag gehecht worden en er samen mee opgestuurd worden. Het medische bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis bevatten en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe zodat het bewijs zo objectief mogelijk is in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag.

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.

Als ook toegelaten geneesmiddelen gebruikt kunnen worden om de aandoening te behandelen, geeft u een klinische verantwoording voor het gebruik van de verboden geneesmiddelen.

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) - GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELENGEBRUIK - MEDICATION DETAILS

	Substance(s) interdite(s) (nom générique) Verboden substantie(s) (generische benaming) <i>Prohibited substance(s) (generic name)</i>	Posologie Dosis Dose	Vois d'administration Toedieningswijze Route	Fréquence d'administration Frequentie Frequency
1				
2				
3				

Durée prévue du traitement - Geplande duur van de behandeling - *intended duration of treatment*

Une seule dose - Eenmalig gebruik - *Once only* Durée (semaine / mois) - Gedurende (week/maand) - *Duration (week / month)* Urgence - Noodgeval - *Emergency*

Avez-vous déjà demandé une "autorisation d'usage à des fins thérapeutiques"? Oui - Ja - *Yes* Non - Neen - *No*

Hebt u al eerder een aanvraag «toestemming wegens therapeutische noodzaak» ingediend?

Have you submitted any previous "therapeutic use exemption" application?

Pour quelle substance? - Voor welke substantie? - *For which substance?*

Auprès de quelle organisation antidopage? - Bij welke antidoping instantie? - *To which anti-doping organisation?*

Quand? Wanneer?
When?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>JJ/DD</i>		<i>MM</i>		<i>AAAA/JJJJ/YYYY</i>			

Décision? Beslissing?
Decision?

Acceptée - Goedgekeurd Refusée - Niet-goedgekeurd
- Approved *- Not approved*

DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIEVE AANVRAG - RETROACTIVE APPLICATION

S'agit-il d'une demande rétroactive?

Is het een retroactieve aanvraag? Oui - Ja - *Yes* Non - Neen - *No*

Is this a retroactive application?

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

Indien ja, op welke datum startte de behandeling (dd/mm/jjjj)?

If yes, on what date did the treatment start (dd/mm/yyyy)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>JJ/DD</i>		<i>MM</i>		<i>AAAA/JJJJ/YYYY</i>			

Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive:

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag aan te geven:

Please indicate the reason why the application is retroactive:

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.
 Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoeningen was nodig.
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.
 Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden, hadden we niet de tijd of mogelijkheid een TTN aanvraag te doen voor monstername.
Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection

Autre raison
 Andere reden
Other

DÉCLARATION DU MÉDECIN - VERKLARING VAN DE BEHANDELLENDE ARTS - 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.

Ik verklaar dat de voormelde behandeling medisch noodzakelijk is en dat het gebruik van andere geneesmiddelen die niet op de verboden lijst staan, ontoereikend zijn voor deze aandoening.

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 - Naam en specialisme - *Name and medical specialty*

Adresse
 Adres
 Address

Rue / Numéro - Straat / Nummer - <i>Street / Number</i>	Ville - Gemeente - <i>City</i>	Code postal - Postnummer - <i>Postal code</i>
---	--------------------------------	---

Tél. contact - Telefoonnummer - *Phone number*

Télécopieur - Faxnummer - *Fax*

Courriel - E-mailadres - *Email*

Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>JJ/DD</i>		<i>MM</i>		<i>AAAA/JJJJ/YYYY</i>			

Signature du médecin - Handtekening van de behandelende arts - *Signature of medical practitioner*

DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, 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.**

VERKLARING VAN DE SPORTER

Ik ondergetekende,, bevestig dat mijn gegevens juist zijn, en dat ik de toestemming aanvraag om een stof of methode te gebruiken die behoort tot de lijst van verboden stoffen of methodes van het WADA. Ik begrijp dat mijn inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag (toestemming wegens therapeutische noodzaak) te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels. De inlichtingen die ik de TTN-commissie meedeel, zullen worden behandeld overeenkomstig het decreet van 20 oktober 2011 betreffende de strijd tegen doping in de Franse Gemeenschap, inzonderheid artikel 8. Die inlichtingen zullen worden behandeld in strikte naleving van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Die gegevens zullen uitsluitend door gezondheidsprofessionelen, die alle door het beroepsgeheim gebonden zijn, worden behandeld. Als dit noodzakelijk is, zullen die inlichtingen, met toepassing van artikel 8, § 4 van het bovenvermelde decreet, nadat ze anoniem zijn gemaakt, aan medische of wetenschappelijke deskundigen om advies kunnen worden meegedeeld. Ik beschik over het recht toegang te hebben tot alle gegevens die mij aangaan en die recht te zetten.

Ik ben daar op de hoogte van en ik laat de mededeling van mijn medische inlichtingen toe aan de antidopingorganisatie, aan het personeel van het WADA, aan zijn comité voor toestemming wegens therapeutische noodzaak (TTN), alsook aan elke andere door de Code bepaalde organisatie.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van mijn inlichtingen; (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties inlichtingen over mijn gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.

Datum
DD MM JJJJ

Handtekening van de sporter

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de atleet.

Datum
DD MM JJJJ

Aantal bijlagen

Handtekening van de ouder/wettelijke vertegenwoordiger

**Document naar ons sturen per aangetekende post, per e-mail of via ADAMS
 uiterlijk 30 dagen voor het betreffende evenement**

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.**