



For the Game. For the World.

AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)

**PRIERE DE REMPLIR TOUS LES CHAMPS
EN LETTRES CAPITALES. TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU ILLISIBLE SERA REFUSE.**

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE JOUEUR

NOM:	_____	PRENOMS:	_____
FEMME <input type="checkbox"/>	HOMME <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNEE)	_____
ADRESSE:	_____		
VILLE:	_____	PAYS:	_____
TEL:	_____	E-MAIL:	_____
NATIONALITE:	_____		
A QUELLE COMPETITION DE LA FIFA LE JOUEUR PARTICIPE-T-IL?	_____		
NOM DU CLUB OU DE L'ASSOCIATION DE FOOTBALL :	_____		

Le formulaire doit être retourné:

par fax: _____
(Veuillez préciser les indicatifs du pays et de la région concernés)

par e-mail: _____

par la poste: Adresse : _____

CONFIDENTIEL



For the Game. For the World.

2. INFORMATIONS MEDICALES

DIAGNOSTIC AVEC INFORMATION MEDICALES SUFFISANTES A L'APPUI (CF. NOTE 1):

Dans le cas où un traitement autorisé peut être administré pour soigner le patient, veuillez justifier cliniquement l'utilisation de la médication interdite:

3. DETAILS MEDICALES

SUBSTANCE(S) INTERDITE(S) - NOM GENERIQUE	DOSE	VOIE D' ADMINISTRATION	FREQUENCE D' ADMINISTRATION
1.			
2.			
3.			

Durée du traitement prescrit: (Prière de cocher la case appropriée:)	une seule prise <input type="checkbox"/>	urgence <input type="checkbox"/>
		date d'urgence _____
	où durée (semaines/mois) _____	

S'il s'agit d'un traitement d'urgence, d'un traitement prescrit dans le cas d'un état médical grave ou de circonstances exceptionnelles, veuillez décrire ci-dessous dans le détail le niveau d'urgence ou indiquer les raisons pour lesquelles le délai pour soumettre une demande d'AUT était insuffisant.

CONFIDENTIEL



For the Game. For the World.

Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT?::

OUI

NON

Pour quelle substance? _____

A qui?: _____

Décision: Demande approuvée

Demande rejetée

4. DECLARATION DU PRATICIEN

Je certifie par la présente que la prescription du traitement susmentionné est médicalement appropriée et que l'administration d'un autre traitement ne figurant pas sur la liste des interdictions serait insatisfaisante au vu de l'état du patient.

NOM: _____

SPECIALITE MEDICALE: _____

ADRESS: _____

TEL: _____ **EMAIL:** _____

PORTABLE: _____ **FAX:** _____

SIGNATURE DU MEDECIN: _____ **DATE:** _____

5. DECLARATION DU JOUEUR

Je soussigné(e) _____ certifie que les informations mentionnées sous le point 1 sont exactes et demande par la présente que soit approuvée l'utilisation d'une substance ou d'un traitement figurant sur la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes informations médicales personnelles à l'unité anti-dopage de la FIFA et aux autres organes concernés de la FIFA, au CAUT de l'AMA (Comité pour l'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques) ainsi qu'à d'autres organisations anti-dopage conformément aux clauses stipulées dans le Code mondial antidopage. Je comprends que dans le cas où je souhaite révoquer le droit desdites organisations d'obtenir en mon nom des informations sur mon état de santé, je dois à cet effet en aviser par écrit mon médecin et la FIFA.

SIGNATURE DU JOUEUR : _____ **DATE :** _____

CONFIDENTIEL



For the Game. For the World.

SIGNATURE DES PARENTS/DU TUTEUR : _____

DATE : _____

(Si le joueur est mineur ou dans l'impossibilité de signer ce formulaire pour cause d'invalidité, un des parents du joueur ou son tuteur légal doit signer au nom du joueur).

6. NOTE

NOTE 1	DIAGNOSTIC La preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et transférée avec cette demande. La preuve médicale doit inclure les antécédents médicaux complets et les résultats de tous les examens importants, les examens en laboratoires et les études sur image. La preuve doit être aussi objective que possible dans les circonstances cliniques et dans le cas de conditions non-prouvables, l'avis médical indépendant soutiendra cette demande.
---------------	---

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA RETOURNEE ET DEVRA ETRE A NOUVEAU SOUMISE.

VEUILLEZ FAXER LE FORMULAIRE DUMENT COMPLETE AU BUREAU MEDICAL DE LA FIFA AU :

+41 43 222 75 03

LE TRAITEMENT NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉ QU'APRÈS APPROBATION DE L'AUT PAR LA FIFA !

CONFIDENTIEL