

ANNEXE 2 : MODÈLE DE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT

Identification de l'organisation antidopage (Logo ou nom de l'OAD)

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

Veillez 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 : _____	
Sexe Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____
Adresse : _____		
Ville : _____	Pays : _____	
Code postal : _____		
Tél. : _____	Courriel : _____ (avec code international)	
Sport : _____	Discipline/position : _____	
Organisation sportive internationale ou nationale : _____		
Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel : _____		