

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)

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

Surname: _____ Name: _____

Female Male 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 :
