

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 : _____	
<i>(avec code international)</i>			
Sport : _____		Discipline/position : _____	
Organisation sportive internationale ou nationale : _____			
Si vous êtes un sportif avec un handicap, veuillez préciser lequel : _____			