



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

VEUILLEZ COMPLETER TOUTES LES RUBRIQUES EN LETTRES MAJUSCULES OU A LA
MACHINE

1. Renseignements sur le joueur

Nom _____ Prénom(s) _____

Sexe : féminin masculin

Nationalité : _____

Date de naissance (jour/mois/année) : _____/_____/_____

Compétition de la CAF concernée _____

Nom du club ou de l'association nationale de football : _____

La réponse doit être envoyée au club/à l'association nationale ci-dessus :

OUI Par fax, au numéro: _____

Par courrier, à l'adresse: _____

NON Si votre réponse est négative, veuillez cocher une des cases ci-dessous et
indiquer les informations demandées.

Par fax, au numéro: _____

Par courrier, à l'adresse: _____



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

2. Information médicales

Diagnostic avec suffisamment d'informations médicales : (voir note 1) _____

Si un médicament autorisé ne peut pas être utilisé pour traiter la condition pathologique, fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit : _____

3. Renseignements sur la médication

Nom générique de la substance(s) interdite(s)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.			
2.			
3.			

Durée prévue du traitement (veuillez cocher la case appropriée) :

Une fois seulement

Urgence Date: _____ Heure: _____

Durée (jours, semaines ou mois): _____

Long terme (durée: des semaines ou des mois): _____

Avez-vous déjà présenté une demande d'AUT auparavant? Oui Non

Si oui, date (jour/mois/année) : _____ / _____ / _____

Pour quelle substance? _____

Décision: Demande approuvée demande rejetée (Veuillez joindre la/les demande(s) d'AUT antérieure(s) de :

- Organisation Antidopage (ONAD)
- Fédération International de Football Associations (FIFA)
- Autres (Préciser)



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

4. Déclaration du médecin traitant

Je certifie que le traitement susmentionné est médicalement approprié et que l'usage d'autres médicaments ne figurant pas sur la liste des interdictions serait inadéquat dans ce cas.

Nom : _____

Qualifications : _____

Spécialité médicale: _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Tél. prof : _____

(Veuillez indiquer également les indicatifs pour le pays et la région)

Mobile: _____ Fax: _____

Signature du médecin traitant: _____ Date : _____

5. Déclaration du joueur

Je soussigné _____ certifie que les informations indiquées sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode qui figure sur la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation de mes données médicales personnelles aux Services antidopage et aux organes concernés de La CAF, au personnel autorisé de l'AMA, au Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) de l'AMA et aux CAUT d'autres organisations antidopage, ainsi qu'au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de consulter ces informations en vertu des dispositions du Code mondial antidopage.

J'accepte que mes données soient utilisées uniquement pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage. Si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'utilisation de mes données; (2) exercer mon droit d'accès à mes données et de modification de celles-ci; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et La CAF. Je reconnais et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant l'annulation de mon consentement soient conservées



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)

Formulaire de demande

à la seule fin d'établir l'existence d'une violation de règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

J'estime que si mes données personnelles ne sont pas utilisées conformément à cette déclaration de consentement et au *Standard international pour la protection des renseignements personnels*, je peux porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS.

Signature du joueur : _____ Date: _____

Signature d'un parent ou du représentant légal : _____ Date: _____

(Si le joueur est mineur ou s'il souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un des parents ou le représentant légal devra contresigner le formulaire ou le signer au nom du joueur.)

6. Notes

Note 1	Diagnostic: <i>Veillez noter que les éléments justificatifs confirmant le diagnostic seront joints à cette demande. Ces éléments devront comprendre une anamnèse complète et les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie correspondants. Dans la mesure du possible, des copies de tous les rapports ou lettres originaux seront jointes. Les éléments justificatifs concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectifs que possible. Et dans le cas de conditions pathologiques ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande</i>
Note 2	Compétitions de la CAF <i>La CAF ne prend en considération que les demandes d'AUT de joueurs actuellement inscrits à une de ses compétitions</i>
Note 3	Organisation antidopage <i>Préciser le nom de l'organisation antidopage à laquelle vous avez déjà soumis une demande d'AUT. Il peut s'agir de la FIFA, de l'UEFA, de l'AFC et/ ou de votre organisation antidopage nationale, qui peut être votre comité national olympique ou un autre organisme désigné</i>

Les formulaires incomplets ou illisibles seront retournés et devront être de nouveau soumis.

Veillez faxer le formulaire dûment rempli à la CAF, au numéro+202 38247274 ou par email : info@cafonline.com et conserver une copie dans vos dossiers et en conserver personnellement une copie

Le traitement peut être administré uniquement après réception de l'approbation de la demande d'AUT