

## Formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

**VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS EN LETTRES CAPITALES.  
LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUT ET LE DOSSIER MEDICAL COMPLET (AVEC RAPPORTS ET DOCUMENTS) DOIVENT ÊTRE RÉDIGÉS DANS L'UNE DES QUATRE LANGUES OFFICIELLES DE LA FIFA.**

### 1. INFORMATIONS CONCERNANT LE JOUEUR/LA JOUEUSE

NOM :	_____	PRENOMS :	_____
FEMME <input type="checkbox"/>	HOMME <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNEE)	_____
ADRESSE :	_____		
VILLE :	_____	PAYS :	_____
TEL. :	_____		
ADRESSE ELECTRONIQUE :	_____		
NATIONALITE :	_____		
NOM DU CLUB OU DE LA FEDERATION NATIONALE DE FOOTBALL :	_____		

**Veillez cocher la case correspondante :**

- JE FAIS PARTIE DU GROUPE CIBLE INTERNATIONAL DE JOUEURS/JOUEUSES SOUMIS(ES) AUX CONTROLES (GCIC) DE LA FIFA
- JE FAIS PARTIE DU GROUPE CIBLE PRE-COMPÉTITION (GCPC) DE LA FIFA
- JE PRENDS PART A UNE COMPÉTITION DE LA FIFA<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_  
(NOM DE LA COMPÉTITION DE LA FIFA)
- JE FAIS PARTIE D'UN GROUPE CIBLE DE JOUEURS SOUMIS AUX CONTROLES D'UNE ORGANISATION NATIONALE ANTIDOPAGE : \_\_\_\_\_  
(NOM DE L'ORGANISATION ANTIDOPAGE)
- JE DEMANDE LA RECONNAISSANCE D'UNE AUT ÉMISE PAR UNE ORGANISATION NATIONALE ANTIDOPAGE
- AUCUNE DE CES OPTIONS

<sup>1</sup> Cf. Politique de la FIFA en matière d'AUT disponible sur [www.fifa.com/medical](http://www.fifa.com/medical), <http://extranet.fifa.com/medical> et <http://www.fifa.com/antidoping> pour la liste des compétitions désignées

**Réponse à retourner :**

par courriel (adresse) \_\_\_\_\_

par voie postale (adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. INFORMATIONS MÉDICALES (POURSUIVRE SUR UNE AUTRE FEUILLE SI NÉCESSAIRE)**

**DIAGNOSTIC AVEC INFORMATIONS MÉDICALES SUFFISANTES A L'APPUI (CF. NOTE 1 CI-DESSOUS) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dans le cas où un traitement autorisé peut être administré pour soigner le patient, veuillez justifier cliniquement l'utilisation du traitement interdit :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTE 1 – DIAGNOSTIC**

*Toute preuve confirmant le diagnostic doit être jointe et transférée avec cette demande. La preuve médicale doit être assortie des antécédents médicaux complets comprenant tous les résultats d'examen, analyses de laboratoire ou études par imagerie pertinents conformément à la Politique de la FIFA en matière d'AUT.*

*Des copies des rapports ou lettres doivent être fournies si possible. La preuve doit présenter les circonstances cliniques aussi objectivement que possible et dans le cas de conditions non prouvables, un avis médical indépendant sera utilisé à l'appui de la présente demande.*

*L'AMA publie régulièrement des directives pour assister les médecins dans la rédaction de demandes d'AUT complètes et minutieuses. Ces directives peuvent être consultées après avoir entré le terme « Informations médicales » dans le champ de recherche du site Internet de l'AMA : <https://www.wada-ama.org>. Elles abordent le diagnostic et le traitement d'un certain nombre de problèmes médicaux qui touchent généralement les sportifs et nécessitent un traitement avec des substances interdites.*

### 3. INFORMATIONS MÉDICALES (POURSUIVRE SUR UNE AUTRE FEUILLE SI NÉCESSAIRE)

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

<b>Durée du traitement prescrit :</b> <i>(Veuillez cocher la case correspondante)</i>	Une fois <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Date de l'urgence _____ Ou durée (semaines/mois) _____
--	---

**S'il s'agit d'un traitement d'urgence, d'un traitement prescrit dans le cas d'un état pathologique 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.**

---



---



---



---

### 4. DÉCLARATION DU MÉDECIN

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 de santé du patient.

**NOM :** \_\_\_\_\_

**SPÉCIALITE MÉDICALE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**TÉL. :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE ÉLECTRONIQUE :** \_\_\_\_\_

**TÉL. PORTABLE :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU MÉDECIN :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

## 5. DEMANDES RETROACTIVES

### CECI EST-IL UNE DEMANDE RETROACTIVE ?

Oui       Non

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il débuté ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### VEUILLEZ INDIQUER LA RAISON :

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'une pathologie aiguë était nécessaire
- En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y avait pas suffisamment de temps – ou l'opportunité ne s'est pas présentée – pour soumettre une demande avant le prélèvement de l'échantillon
- La demande anticipée n'était pas requise en vertu de la réglementation applicable
- Autre

Veillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. DEMANDES PRÉCÉDENTES

**Avez-vous déjà soumis une demande d'AUT ?**      Oui       Non

Pour quelle substance ? \_\_\_\_\_

Auprès de qui l'avez-vous soumise ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Décision : Approuvée       Refusée

## 7. DÉCLARATION DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie que les informations figurant aux sections 1, 5 et 6 sont précises et correctes. J'autorise la divulgation de mes informations médicales personnelles au personnel autorisé de mon organisation antidopage (OAD) et de l'Agence mondiale antidopage (AMA), au comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques de l'AMA (CAUT) et aux comités de toute autre organisation antidopage chargés des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques, ainsi qu'à leur personnel autorisé ayant le droit d'accéder à ces informations en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

Je consens à ce que mon ou mes médecin(s) puisse(nt) divulguer aux personnes susmentionnées toute information de santé qu'elles estiment nécessaire pour l'examen de ma demande et la décision y afférente.

Je comprends que mes informations serviront uniquement à des fins d'examen de ma demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques et dans le cadre d'enquêtes et de procédures liées à de potentielles violations des règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'informations sur l'utilisation des données relatives à ma santé ; (2) exercer mon droit d'accès et de rectification ; ou (3) révoquer le droit qu'ont ces organisations d'obtenir des informations concernant santé, je dois en informer mon médecin et mon OAD par écrit. Je comprends et accepte qu'il peut être nécessaire que des informations relatives à une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques soumises avant la révocation de mon consentement soient conservées dans le seul but d'établir une possible violation des règles antidopage, lorsque cela est requis par le Code mondial antidopage.

Je consens à ce que toute décision consécutive à cette demande soit mise à la disposition de toute OAD ou autres organisation compétente pour procéder à des contrôles et/ou gérer des résultats de contrôles sur ma personne.

Je comprends et accepte que les bénéficiaires de mes informations personnelles et de la décision consécutive à cette demande peuvent se trouver hors de mon pays de résidence. Dans certains de ces pays, la législation sur la protection des données et le droit au respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon pays de résidence.

Je comprends que si j'estime que mes informations personnelles ne sont pas utilisées conformément à la présente déclaration de consentement et au Standard international pour la protection des renseignements personnels, je peux déposer une plainte auprès de l'AMA ou du Tribunal Arbitral du Sport (TAS).

**SIGNATURE DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

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

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

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI PAR COURRIEL AU BUREAU MEDICAL DE LA FIFA :**

[MEDICAL@FIFA.ORG](mailto:MEDICAL@FIFA.ORG)

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