

**AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES
(AUT)**

N° de demande:
(à usage interne de la FIA)

FORMULAIRE DE DEMANDE

Veillez compléter toutes les sections à l'ordinateur ou en lettres majuscules.

Par la présente, je demande l'approbation de la Fédération Internationale de l'Automobile (FIA) pour l'usage à des fins thérapeutiques d'une substance interdite ou d'une méthode interdite qui figure sur la Liste des interdictions de l'Agence Mondiale Antidopage (AMA).

1. Renseignements sur le sportif

Nom :	Prénoms :	
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> (cocher la case appropriée)	Date de naissance (jj/mm/aa)	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	Pays :
Tél (avec code international) :		Fax :
E-mail :		
Sport automobile - discipline/position :		
Autorité sportive nationale (ASN) :		
Veillez cocher la/les case(s) appropriée(s) :		
<input type="checkbox"/> Je fais partie du groupe cible de sportifs soumis aux contrôles de la FIA.		
<input type="checkbox"/> Je fais partie d'un groupe cible de sportifs soumis aux contrôles d'une organisation nationale antidopage.		
<input type="checkbox"/> Je participe à l'un des championnats suivants pour lesquels une AUT est requise conformément au Règlement Antidopage de la FIA :		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde de Formule Un de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat de Formule Deux de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde des Rallyes de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde des Voitures de Tourisme de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde GT1 de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde d'Endurance de la FIA ;		
<input type="checkbox"/> Championnat du Monde de Karting de la CIK-FIA pour pilotes ;		
<input type="checkbox"/> Série Internationale GP2.		
<input type="checkbox"/> Aucune de ces options.		
Si le sportif souffre d'un handicap, préciser le handicap :		
.....		

2. Informations médicales

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

3. Détails concernant les substances et/ou méthodes

Substance(s) interdite(s) (nom générique du médicament)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence
1.			
2.			
3.			

Méthode(s) interdite(s) (nom et détails) :

.....

Durée prévue du traitement (Veuillez cocher la case appropriée)	Une fois seulement <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Durée :
---	---

Avez-vous déjà soumis des demandes d'AUT ? oui : non :

Si oui :

Pour quelle substance ou quelle méthode ?

A quelle organisation antidopage ? Date :

Décision de l'organisation antidopage : Approuvée Refusée

Veuillez joindre à la présente demande tout certificat d'AUT obtenu précédemment.

4. Attestation du médecin traitant

Je, soussigné, certifie que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié et que l'usage d'un médicament alternatif ne figurant pas sur la Liste des interdictions de l'AMA ne serait pas satisfaisant pour cette condition.

Nom :

Spécialité médicale (voir note 2) :

Adresse :

Tél (avec code international) : Fax :

E-mail :

Signature du médecin traitant : **Date** :

Le médecin responsable de l'ASN qui a délivré la licence au sportif a-t-il été informé de cette demande ?

Oui : Non :

Nom du médecin responsable de l'ASN (voir note 3) :

5. Déclaration du sportif

Je soussigné,, certifie que les informations complétées au point 1 sont exactes et que je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou méthode de la Liste des interdictions de l'AMA. J'autorise la divulgation des informations médicales personnelles au personnel autorisé de la FIA et de l'AMA, au CAUT (Comité d'Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de la FIA et aux CAUT d'autres organisations antidopage et personnel autorisé qui pourraient avoir le droit de connaître ces informations en vertu des dispositions du Règlement Antidopage de la FIA.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à de possibles violations de règles antidopage.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes informations; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir les informations sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin traitant et la FIA.

Je comprends et j'approuve qu'il puisse être nécessaire que les informations relatives aux AUT soumises avant le retrait de mon consentement soient conservées à la seule fin d'établir une possible violation de règle antidopage, conformément aux exigences du Règlement Antidopage de la FIA.

Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées dans le respect de ce consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels, je peux en informer l'AMA et/ou soumettre une réclamation au Tribunal Arbitral du Sport.

Signature du sportif : **Date** :

Signature du parent ou tuteur du sportif : **Date** :

(Si le sportif est mineur ou atteint d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou tuteur le signera avec le sportif ou en son nom.)

6. Notes

Note 1	Diagnostic : <i>Les éléments confirmant le diagnostic, si possible rédigés ou traduits en anglais ou en français, seront joints et transmis à cette demande. Les preuves médicales devront comprendre un historique médical complet et les résultats de tous les examens apparentés, analyses de laboratoire, et études par imagerie. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves concernant les circonstances cliniques devront être aussi objectives que possible. Et dans le cas de conditions ne pouvant être démontrées, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.</i>
Note 2	Spécialité médicale : <i>Nom, qualifications et spécialité médicale</i> <i>Par exemple Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-entérologue.</i>
Note 3	Médecin responsable de l'ASN qui a délivré la licence au sportif : <i>Il est recommandé d'informer le médecin responsable de l'ASN concernée de la demande soumise à la FIA et d'inclure dans la demande une déclaration de ce médecin attestant la nécessité de la substance ou de la méthode autrement interdite dans le traitement du sportif.</i>

Les demandes incomplètes seront retournées et devront être de nouveau soumises.

**Veillez soumettre le formulaire dûment rempli à la FIA
et en conserver personnellement une copie.**