



## AUTORISATION D'USAGE A DES FIN THERAPEUTIQUE (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 et lieu de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Compétition de la FAF concernée : \_\_\_\_\_

Nom du Club et la Ligue dont il est affilié : \_\_\_\_\_

La réponse doit être envoyée au Club :

Par Fax au Numéro : \_\_\_\_\_

Par Courrier Electronique (Mail) : \_\_\_\_\_

Par la Poste à l'adresse : \_\_\_\_\_

## 2. INFORMATIONS MEDICALES

Diagnostic avec suffisamment d'informations médicales : **(Voir note 1)** : \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA MEDICATION

La DCI de la/des substance(s) interdite(s)	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration

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

Une fois seulement

Urgence date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Durée (jours, semaines ou mois) : \_\_\_\_\_

Long terme (jours, semaines ou mois) : \_\_\_\_\_

- **AVEZ-VOUS DEJA PRESENTE UNE DEMANDE D'AUT AUPARAVANT ?** Oui :  Non :

Si Oui, date (jours,mois,année) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

---

- **Décision** : Demande approuvée :  Demande rejetée :

(Veuillez joindre la/les demande(s) d'AUT antérieure(s) de :

Fédération Internationale de Football (FIFA) ;

Confédération Africaine de Football (CAF) ;

Organisation Antidopage (CNAD/ORAD) ;

Autres : \_\_\_\_\_

#### 4. DECLARATION DU MEDECIN 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 : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin Traitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### 5. DECLARATION 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 la FIFA/AMA. J'autorise la divulgation de mes données médicales personnelles aux services antidopage et aux organes concernés de la FAF/CAF/FIFA, au personnel autorisé de l'AMA, au comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) de la FAF, au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de consulter ces informations en vertu des dispositifs 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 des règles antidopage. Si je souhaite (1) obtenir d'avantage d'informations quant à l'utilisation de mes données ; (2) exercer mon droit d'accès à mes données et de modifications 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 FAF. 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 à la seule fin d'établir l'existence d'une violation des règles antidopage en vertu du Code Mondial. 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 et le 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	<p><b>Diagnostic</b></p> <p>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.</p> <p>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 à l'appui de cette demande</p>
Note 2	<p><b>Compétition de la FAF</b></p> <p>La FAF ne prend en considération que les demandes d'AUT de joueurs actuellement inscrits à l'une de ses compétitions.</p>
Note 3	<p><b>Organisation Antidopage</b></p> <p>Préciser le nom de l'organisation antidopage à laquelle vous avez déjà soumis une demande d'AUT. Il peut s'agir de la FIFA, CAF, ORAD ou la CNAD et/ou de votre organisation antidopage nationale, qui peut être votre comité national olympique ou un autre organisme désigné.</p>

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS OU ILLISIBLES SERONT RETOURNES ET DEVRONT  
ETRE DE NOUVEAU SOUMIS.**

Veillez faxer le formulaire dûment rempli à la Commission Médicale de la FAF, au numéro : **+213 23 90 80 03**, ou par Mail : **centremedical01@gmail.com**, 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 ».