Date

**CONFIDENTIEL**

Coordonnées du sportif

Cher M./Chère Mme **[NOM DU SPORTIF]**

|  |
| --- |
| DÉCISION CONCERNANT LA DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)  |

Nous vous remercions d'avoir soumis votre demande à **[insérer le nom de l'Organisation responsable de grande manifestation],** demandant une exemption pour l'utilisation thérapeutique de **[insérer la SUBSTANCE ou la MÉTHODE interdite]**.

La demande a été soumise au Comité pour l'AUT **[insérer le nom de l'Organisation responsable de grande manifestation]** pour évaluation et nous avons le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée.

Veuillez trouver ci-joint le certificat d'AUT. N'oubliez pas que l'AUT est accordée pour un médicament, une dose, posologie et une durée spécifiques. Si votre médecin change votre médicament, que ce soit un changement de dose, de fréquence, de voie ou de durée d'administration, veuillez nous contacter et nous vous informerons si une nouvelle AUT est requise.

***Inclure les éléments suivants, le cas échéant:***

*Veuillez noter les conditions incluses dans cette AUT ; si vous ne les respectez pas, votre AUT pourrait être annulée à tout moment.*

Vous êtes en possession d'une AUT. Cependant, veuillez noter qu'une AUT peut être annulée après examen par l'AMA ou à la suite d'un appel.

Votre AUT est valable pour la durée de la manifestation sportive **[nom de la manifestation]** seulement. Si vous devez continuer à utiliser **[insérer la SUBSTANCE ou la MÉTHODE interdite]** après la fin de la manifestation, vous devez soumettre une nouvelle demande à l'organisation nationale antidopage ou à la fédération internationale compétente.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

Sincères salutations,

**Organisation responsable de grande manifestation**

CC. **MÉDECIN DU SPORTIF**

**CERTIFICAT D'APPROBATION DE L'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES**

**Informations concernant le sportif**

Nom Prénom

Date de naissance Sport Discipline

Nom de la manifestation sportive

**Détails de l’AUT**

Le sportif a reçu l'autorisation d'utiliser la (les) substance(s)/méthode(s) interdite(s) comme suit :

Substance(s) ou méthode(s) interdite(s) :

Dose :

Fréquence d'administration :

Voie d'administration :

Date d'entrée en vigueur :

Date d'expiration de l'AUT :

Conditions et commentaires :

**Autorisé par**:

Nom de l'organisation responsable de grande manifestation : Date :

Coordonnées :

**Décision du CAUT**

Nom du président du CAUT :