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 NATIONALE ANTIDOPAGE (ONAD)],** 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 de **[insérer le nom de l'ONAD]** 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 prendre note des 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.

Si vous devez continuer à utiliser **[insérer la SUBSTANCE ou la MÉTHODE interdite]** après la date d'expiration de cette AUT, vous devez soumettre un nouveau formulaire de demande accompagné d'informations médicales récentes bien avant la date d'expiration, afin qu'il y ait suffisamment de temps pour qu'une décision soit prise avant la date d'expiration.

Votre AUT est valable au niveau national dans le monde entier, y compris si vous concourez temporairement dans un autre pays. Cependant, si vous êtes sélectionné(e) pour participer à une manifestation internationale, cette AUT au niveau national ne sera pas valable à moins qu'elle ne soit d'abord reconnue par la fédération internationale ou l'organisation responsable de grandes manifestations concernée. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur le processus de reconnaissance.

Sincères salutations,

**ONAD**

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

**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'ONAD : Date :

Coordonnées :

**Décision du CAUT**

Nom du président du CAUT :