

Annexe à l'arrêté ministériel n° 2003-533 du 21 octobre 2003 relatif aux substances et méthodes interdites et aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

**COMITE MONEGASQUE ENTIDOPAGE**

C/O Direction de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports  
Avenue de l'Annonciade - 98000 MONACO

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE  
A DES FINS THERAPEUTIQUES  
THERAPEUTIC USE EXEMPTION APPLICATION FORM**

Arrêté Ministériel n° 2003-533

Ce formulaire, **rempli conjointement par le sportif** (ou son représentant légal) **et son médecin traitant** (ou le médecin de club ou de groupement sportif), est à adresser au Comité Monégasque Antidopage (mention Confidentiel Médical) **pour chaque demande initiale ou renouvellement de demande.**

*This form filled up jointly by the athlete (or his legal representative) and his notifying medical practitioner, is to be sent to the Comité Monégasque Antidopage (with mention : strictly confidential) for each initial request or renewal request.*

**Veuillez compléter toutes les sections / Please fill out all sections**

**1 - Renseignements sur le sportif / Athlete information**

Nom / Surname : .....	Prénom / Given name : .....
Homme / Male <input type="checkbox"/>	Femme / Female <input type="checkbox"/> (Cocher la case appropriée / Tick appropriate box)
Date de Naissance / Date of birth : .....	Nationalité / Nationality : .....
Adresse / Address : .....	
Ville / City : .....	Pays / Country : .....
Tél. domicile / Tel. home : .....	Portable / Mobile : .....
Courrier électronique / e-mail : .....	
Organisation sportive nationale / National sporting organisation : .....	
Sport / Sport : .....	Discipline / Position : .....

**2 - Notification du médecin traitant / Notifying medical practitioner**

Nom, qualification et spécialité médicale / Name, qualification and medical speciality : .....	
.....	
.....	
Adresse / Address : .....	
Tél. professionnel / Tel. work : .....	Portable / Mobile : .....
Courrier électronique / e-mail : .....	
Le médecin de l'organisation sportive nationale a-t-il été informé de cette demande ? <i>Has the national sporting organisation medical officer been notified of this request ?</i> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/>	
Nom du médecin de l'organisation sportive nationale/ <i>Name of NOS's medical officer</i> : .....	

**3 - Renseignements médicaux / Medication details**

Diagnostic / <i>Diagnosis</i> : .....
.....
.....
Examen médical-tests exécutés / <i>Medical examination-test performed</i> : .....
.....
.....
La preuve médicale doit inclure l'historique clinique, les examens, les enquêtes ou les rapports médicaux de spécialistes ; des copies des rapports ou lettres originales devraient être incluses si possible / <i>The medical evidence should include clinical history, examination, investigations or specialist medical reports ; copies of the original reports or letters should be included when possible.</i>

**4 – Renseignements supplémentaires / Additional information**

Fournir des détails concernant tous les médicaments ou traitements qui ont été essayés. Utiliser des noms génériques (DCI) et préciser la posologie du médicament / *Provide details concerning all medications or treatments that have been tested. Use generic names (INN) and specify medication dose.*

.....
.....
.....
.....
.....

**5 – Dernière demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques / Last request for therapeutic use exemption**

Date / Date : .....
Organisation antidopage saisie / <i>Requested anti-doping organisation</i> : .....
Décision/ <i>Decision</i> :                      Approuvée / <i>Approved</i> <input type="checkbox"/> Refusée / <i>Declined</i> <input type="checkbox"/>

**6 – Demande actuelle d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques / Actual request for therapeutic use exemption**

Médicament(s) interdit(s) / <i>Prohibited medication(s)</i>	Posologie / <i>Dose of administration</i>	Voie d'administration / <i>Route of administration</i>	Fréquence d'administration / <i>Frequency of administration</i>
1.			
2.			
3.			
Durée prévue de ce traitement / <i>Anticipated duration of this medication plan</i>			

**7 – Déclaration du médecin / Medical practitioner's declaration**

Je, ....., certifie que le ou les médicaments mentionné(s) au § 6 pour le sportif nommé : .....	ont été prescrits ou administrés comme traitement approprié pour l'état pathologique indiqué au § 3.
I, ....., <i>certify that the medication/s mentioned at § 6 for the athlete named : .....</i>	<i>have been prescribed or given as the correct treatment for the medical condition mentioned at § 3.</i>
<b>Signature and stamp :</b> .....	<b>Date :</b> .....

**8 – Déclaration du sportif / Athlete's declaration**

Je, ....., certifie que les renseignements me concernant sont exacts et que je demande l'autorisation d'utiliser un traitement pharmaceutique ou une méthode qui fait partie de la Liste des interdictions. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'organisation antidopage.
I, ....., <i>certify that the information, as far as I am concerned, are accurate and that I am requesting approval to use a pharmacological treatment or a method from Prohibited List. I authorise the release of personal medical information to the anti-doping organisation.</i>
<b>Signature and stamp :</b> .....
<b>Date :</b> .....
Signature du représentant légal / <i>Legal representative signature</i> : .....

**Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau /  
Incomplete applications will be returned and will need to be resubmitted.**