



AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES
Formulaire de demande

1. Renseignements sur le sportif

Nom : Prénom(s) :

Sexe : M F Date de naissance : / / (jour/mois/année)

Adresse :

Tél. du domicile : Cellulaire :

Fax : Email :

Club : Fédération Nationale :

2. Notification du médecin traitant

Nom : Spécialité :

Fonction (Hôpital - Privé - Médecine du sport) :

Adresse :

Tél. du domicile : Tél. professionnel :

Cellulaire :

Fax : Email :

Nom du Médecin chef de la Fédération Nationale :

A-t-il été informé de la demande ? Oui Non

3. Renseignements médicaux

Diagnostic :
Historique :
Examens complémentaires :
- Laboratoire :
- Imagerie (compte rendu) :
- Certificats d'experts :

Médicaments préconisés (nom générique) :

	Substance	Posologie	Voie d'administration	Fréquence d'administration
1.				
2.				
3.				

Remarque : La posologie, la voie et la fréquence d'administration doivent être précisément respectées par le sportif.

Durée du traitement	
---------------------	--

4. Autre(s) information(s) complémentaire(s) :

.....
.....

Remarque : Des documents peuvent être joints à cette demande.

5. Déclaration du médecin

Je, soussigné(e) certifie que le traitement proposé est approprié pour l'état pathologique indiqué et qu'il n'existe pas de possibilité d'avoir recours à une alternative thérapeutique utilisant des substances autorisées.	
Signature :	Date :

6. Déclaration du sportif

Je, soussigné(e), certifie que les renseignements que j'ai fournis sont exacts. J'autorise la divulgation de mes renseignements médicaux personnels aux organisations concernées par ma demande (FIBA, Fédération Nationale, AMA).

Signature : Date :

Signature du parent ou du représentant légal
(si le sportif est mineur ou empêché de signer) :

La demande doit être envoyée à la FFBB :

**FFBB- COMED
117 rue du château des rentiers
75013 PARIS**

Fax : 01.53.94.26.87

Important : Les formulaires de demande illisibles et/ou incomplets seront retournés comme non valables.

Strictement Confidentiel