

**Délibération n° 2018-15 en date du 8 mars 2018
modifiant le modèle de procès-verbal utilisable pour les contrôles
en matière de dopage humain**

Le Collège de l'Agence française de lutte contre le dopage,

Vu le code du sport, notamment ses articles L.232-11 à L.232-14 et R. 232-47 à R.232-62,

Sur proposition du Directeur des contrôles,

Décide :

Article 1^{er} : Le modèle de procès-verbal pour les contrôles en matière de dopage humain est défini en annexe à la présente délibération.

Article 2 : La présente délibération est applicable à compter du 1^{er} avril 2018.

Article 3 : La délibération n°2015-15 CTRL du 22 janvier 2015 arrêtant le modèle de procès-verbal utilisable pour les contrôles en matière de dopage humain est abrogée. Toutefois, à titre transitoire, le modèle de procès-verbal qui y est annexé pourra être utilisé jusqu'au 31 mai 2018.

Article 4 : Le Directeur du département des contrôles est chargé de l'exécution de la présente délibération.

Article 5 : La présente délibération et son annexe seront publiées sur le site *Internet* de l'Agence.

La Présidente
De l'Agence française de lutte contre le dopage,

Dominique LAURENT

signé

FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE DOPING CONTROL FORM

N° D'ORDRE DE MISSION
TEST MISSION CODE

AUTORITÉ DE CONTRÔLE
TESTING AUTHORITY

AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

AFLD

1. NOTIFICATION DU SPORTIF - ATHLETE NOTIFICATION

NOM DE FAMILLE
FAMILY NAME

PRÉNOM
GIVEN NAME

DATE DE NAISSANCE
DATE OF BIRTH

NATIONALITÉ
NATIONALITY

TYPE DE DOCUMENT D'IDENTITÉ
DOCUMENT TYPE

NUMÉRO DE DOCUMENT
DOCUMENT NUMBER

LIEU DU CONTRÔLE
TEST LOCATION

DOMICILE
HOME

POSTE DE CONTRÔLE
CONTROL STATION

PRÉCISION OU AUTRES
DETAILS OR OTHER

TYPE D'ÉCHANTILLON REQUIS
TYPE OF SAMPLE REQUIRED

DATE

HEURE
TIME

URINE SANG SANG-PB
BLOOD BLOOD-SP

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET LU LE PRÉSENT DOCUMENT, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU FEUILLET 7, ET JE CONSENS À FOURNIR L'(LES) ÉCHANTILLON(S) TEL(S) QUE REQUIS (JE COMPRENDS QUE LE REFUS OU LE FAIT DE ME SOUSTRUIRE À FOURNIR UN ÉCHANTILLON CONSTITUE UNE VIOLATION DES RÈGLES ANTIDOPAGE). JE CONSENS À CE QUE L'AFLD M'ADRESSE DES COURRIERS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE DANS LES CONDITIONS DÉCRITES AU VERSO DU FEUILLET 7 (BAYER CETTE DERNIÈRE MENTION EN CAS D'ABSENCE DE CONSENTEMENT)
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT OF COPY 7, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION). I ALSO CONSENT FOR AFLD TO SEND ME EMAILS AS MENTIONED ON THE OVERLEAF OF COPY 7 (CROSS OUT THIS LAST MENTION IN THE ABSENCE OF CONSENT)

NOM, LIEU DE L'ÉPREUVE
NAME AND PLACE OF THE EVENT

NOM, QUALITÉ ET SIGNATURE DE LA PERSONNE NOTIFIANT LE CONTRÔLE / NOTIFIER
NAME AND SIGNATURE

SIGNATURE DU SPORTIF - ATHLETE'S SIGNATURE

2. INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION

SHN: OUI PRO: OUI NON NON

ADRESSE
ADDRESS

NUMÉRO/RUE - NUMBER/STREET

VILLE - CITY/TOWN

PROVINCE - STATE

NOM DU MÉDECIN - DOCTOR'S NAME

PAYS - COUNTRY

TÉL CONTACT (INCL. CODE PAYS) - CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)

COURRIEL - E-MAIL

NOM DE L'ENTRAÎNEUR - COACH'S NAME

3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE - INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPÉTITION
IN COMPETITION

HORS COMPÉTITION
OUT OF COMPETITION

DATE DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION DATE

HEURE D'ARRIVÉE AU POSTE DE CONTRÔLE DU DOPAGE
ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION

SEXE
GENDER

SPORT

DISCIPLINE

ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE

NUMÉRO D'ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (mL)

SCELLÉ À (HEURE)
TIME SEALED

INITIALES DU SPORTIF/ACD
ATHLETE/DCO INITIALS

TYPE ÉCHANTILLON SAMPLE TYPE	VOL (mL)	SCELLÉ À (L'HEURE) TIME SEALED	NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	DENSITÉ SPECIFIC GRAVITY	PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE AYANT ASSISTÉ AU PRÉLEVEMENT OU L'AYANT RÉALISÉ - URINE SAMPLE WITNESS OR BCO NAME	SIGNATURE
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		

DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES : INDIQUER LES MÉDICAMENTS PRÉSCRITS/NON PRÉSCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES, LES GLUCOCORTICOIDES, LES INFILTRATIONS, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE ET LA DATE DE LA DERNIÈRE PRISE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION SANGUINE REÇUE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDS, INFILTRATIONS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS. IF NECESSARY, FILL A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

AUT ACCORDÉE
TUE GRANTED

DEMANDE D'AUT
TUE APPLIED

FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

NUMÉRO - NUMBER

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE - CONSENT FOR RESEARCH
JE CONSENS À CE QUE MON ÉCHANTILLON SOIT UTILISÉ À DES FINS DE RECHERCHES ANTIDOPAGE ANONYMES (VOIR AU VERSO) - I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH (SEE OVERLEAF)

J'ACCEPTÉ
I ACCEPT

JE REFUSE
I REFUSE

4. CONFIRMATION DE LA PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE D'URINE ET/OU DE SANG - CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

OBSERVATIONS : TOUTES LES OBSERVATIONS SONT CONSIGNÉES ICI. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE. - COMMENTS: ANY COMMENTS MUST BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

NUMÉROS - NUMBERS

FORMULAIRES DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

DÉLÉGUÉ FÉDÉRAL, ESCORTE, AUTRES - FEDERATION REPRESENTATIVE, CHAPERONE, OTHER

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

REPRÉSENTANT LÉGAL DU SPORTIF - ATHLETE REPRESENTATIVE

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE - DOPING CONTROL OFFICER

NOM - NAME

SIGNATURE

DATE

JJ/DD MM AAAA/YYYY

COMPLÉTÉ À (HEURE) / TIME OF COMPLETION

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CE DOCUMENT AINSI QUE LES NUMÉROS D'ÉCHANTILLONS SONT EXACTS. JE DÉCLARE, EN TENANT COMPTE DES OBSERVATIONS INSCRITES DANS LA SECTION 4, QUE LE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES. J'ACCEPTÉ QUE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRÔLE ANTIDOPAGE, NOTAMMENT AUX RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET LES POSSIBLES SANCTIONS, PUISSENT ÊTRE COMMUNIQUÉES CONFORMÈMENT À LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR.
DANS LE CAS D'UN CONTRÔLE DILIGENTÉ PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD, JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS LE TEXTE AU VERSO ET JE CONSENS AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES PERSONNELLES DANS ADAMS.
I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT INCLUDING SAMPLE CODE NUMBERS ARE CORRECT. I DECLARE THAT, SUBJECT TO COMMENTS MADE IN SECTION 4, SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE.
IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.

SIGNATURE DU SPORTIF
ATHLETE'S SIGNATURE

SIGNEZ UN ACTE DE DOPAGE DANS LE SPORT : www.afld.fr • REPORT DOPING IN SPORT: www.afld.fr

CONTRÔLE DILIGENTÉ PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU SPORTIF

Données relatives au contrôle du dopage

Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage ainsi que du Code mondial antidopage (le « Code »), tels qu'ils peuvent être modifiés à l'occasion, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter. Il m'est demandé de lire et de signer le formulaire ci-après afin de m'assurer que je suis informé que les données de contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans des programmes de détection, de dissuasion et de prévention du dopage. Ma signature apposée au bas de ce formulaire attestera que j'ai bien été informé et que j'ai donné mon consentement exprès à un tel usage.

Je comprends et je conviens que :

- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans le contexte de programmes antidopage. Afin d'obtenir des détails supplémentaires sur l'utilisation de ces données, je sais que je peux consulter la Notice d'information du sportif, dont le contenu peut être modifié sans préavis, qui est affichée sur le site Web de l'AMA et qui peut aussi m'être fournie par ma fédération internationale ou par mon organisation nationale antidopage. S'il m'est impossible d'accéder à la Notice d'information du sportif susmentionnée, je sais que je peux la demander à ma fédération internationale, à mon organisation nationale antidopage ou à l'AMA;
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront recueillies par l'autorité de contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité principale d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels (Standard international);
- L'autorité responsable du contrôle utilisera le système de gestion des données ADAMS pour traiter et gérer les données relatives au contrôle du dopage me concernant, y compris leur communication aux destinataires autorisés (par exemple, organisations nationales antidopage désignées, fédérations internationales, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA utiliseront également ADAMS pour traiter mes résultats d'analyses de laboratoire, mais n'auront accès qu'à des données non identifiées et codées qui ne dévoileront pas mon identité;
- Les personnes ou parties recevant les informations me concernant peuvent être situées hors du pays dans lequel je réside, y compris en Suisse et au Canada. Dans certains autres pays, la législation sur la protection des données et le respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays;
- Conformément au Standard international susmentionné et en vertu des législations applicables, je dispose de droits à l'égard des données du contrôle du dopage me concernant, notamment le droit d'accéder à mes données et de corriger toute inexactitude; et
- Dans le cas où je serais préoccupé par le traitement des données du contrôle du dopage me concernant, je peux consulter l'autorité responsable du contrôle ou l'AMA (www.wada-ama.org), selon le cas.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné décharge l'AMA, ainsi que l'ensemble des organisations antidopage et laboratoires accrédités par l'AMA, de toute responsabilité concernant le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommages, coûts, dépenses) à cet égard.

RETRAIT DE CONSENTEMENT

Je comprends que ma participation à des manifestations sportives organisées est subordonnée à mon adhésion volontaire aux procédures antidopage fixées par le Code et les règles antidopage applicables, en plus du traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, comme décrit dans ce formulaire ainsi que dans la Notice d'information du sportif susmentionnée.

Je comprends que le retrait de mon consentement au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant sera considéré comme un refus de participer à ces procédures antidopage telles qu'exigées par le Code et les règles antidopage applicables. Ceci pourrait entraîner mon exclusion de toute participation ultérieure à des manifestations sportives organisées et la prise de sanctions disciplinaires ou autres à mon encontre, telles que la disqualification des compétitions dans laquelle ma participation est prévue ou l'invalidation des résultats obtenus dans des compétitions antérieures.

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, je déclare être au fait des règles de mon organisation antidopage et du Code, j'accepte de m'y conformer et je consens expressément à l'utilisation des données relatives au contrôle du dopage me concernant telle que décrite ci-dessus et dans la Notice d'information du sportif.

CONSENTEMENT DU SPORTIF À LA RECHERCHE

Afin de contribuer à la lutte contre le dopage dans le sport, j'accepte, en signant le présent formulaire, que mon échantillon puisse être utilisé à des fins de recherche antidopage. Quand toutes les analyses auront été effectuées, et alors que mon échantillon devrait normalement être détruit, il pourra alors être utilisé par un laboratoire accrédité par l'AMA à des fins de recherche antidopage de tout type, étant entendu qu'il ne pourra plus être identifié comme mon échantillon.

IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY

ATHLETE'S CONSENT FORM

Doping Control-related Data

I am being asked to acknowledge that I know and adhere to my Anti-Doping Organization's Anti-Doping Rules and the World Anti-Doping Code (the "Code"), as amended from time to time, and that I undertake to abide by them. I am being asked to read and sign the present consent form to ensure that I am aware and consent that my Doping Control related data will be used in anti-doping programs for the detection, deterrence and prevention of doping. Signing this form will indicate that I have been so informed and that I give my express consent to such processing.

I understand and agree that:

- *My Doping Control related data will be used in the context of anti-doping programs. For further details with respect to how my Doping Control data will be used, I am aware that I may consult the Athlete Information Notice, which is subject to change without notice, as found on the WADA website and which may also be provided to me by my International Federation and/or National Anti-Doping Agency. In the event that I am unable to locate the Athlete Information Notice as previously described, I am aware that I may request it from my International Federation, my National Anti-Doping Organization or WADA;*
- *My Doping Control related data will be collected by the Testing Authority identified on this form, which shall be principally responsible for ensuring the protection of my data, and which must comply with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (International Standard);*
- *The Testing Authority will use the ADAMS data-management system to process and manage my Doping Control related data, and disclose it to authorized recipients, (for instance, designated national anti-doping organizations, international federations, major event organizations, and WADA). WADA-accredited laboratories will also use ADAMS to process my laboratory test results, but shall only have access to de-identified, key-coded data that will not disclose my identity;*
- *Persons or parties receiving my information may be located outside the country where I reside, including in Switzerland and Canada. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country;*
- *Pursuant to the International Standard referenced above and under applicable law I have certain rights in relation to my Doping Control related data, including rights to access and/or correct any inaccurate data; and*
- *To the extent that I have any concerns about the processing of my Doping Control related data I may consult with the Testing Authority and/or WADA (www.wada-ama.org), as appropriate.*

RELEASE

I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and WADA-accredited laboratories from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my Doping Control related data through ADAMS.

WITHDRAWAL OF CONSENT

I understand that my participation in organized sporting events is contingent upon my voluntary participation in anti-doping procedures set forth in the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject, in addition to the processing of my Doping Control related data as described in this form and in the Athlete Information Notice referenced above.

I understand that the withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data will be construed as a refusal to participate in the anti-doping procedures mandated by the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject and could exclude me from further participation in organized sporting events. The withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data may also result in disciplinary or other sanctions being imposed upon me, such as disqualification from competitions in which I am scheduled to participate or the invalidation of results arising from prior competitions.

AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing this form, I hereby declare that I am familiar with and agree to abide by my Anti-Doping Organization's Rules and the Code, and that I expressly consent to the processing of my Doping Control related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

ATHLETE'S CONSENT FOR RESEARCH

In order to help combat doping in sport, by signing this form I agree that my sample may be used for anti-doping research purposes. When all analyses have been completed, and my sample would otherwise be discarded, it may then be used by any WADA-Accredited laboratory for anti-doping research of any type, provided that it can no longer be identified as my sample.

FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE DOPING CONTROL FORM

N° D'ORDRE DE MISSION
TEST MISSION CODE

AUTORITÉ DE CONTRÔLE
TESTING AUTHORITY

AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

AFLD

1. NOTIFICATION DU SPORTIF - ATHLETE NOTIFICATION

NOM DE FAMILLE
FAMILY NAME

PRÉNOM
GIVEN NAME

DATE DE NAISSANCE
DATE OF BIRTH

NATIONALITÉ
NATIONALITY

TYPE DE DOCUMENT D'IDENTITÉ
DOCUMENT TYPE

NUMÉRO DE DOCUMENT
DOCUMENT NUMBER

LIEU DU CONTRÔLE
TEST LOCATION

DOMICILE
HOME

POSTE DE CONTRÔLE
CONTROL STATION

PRÉCISION OU AUTRES
DETAILS OR OTHER

TYPE D'ÉCHANTILLON REQUIS
TYPE OF SAMPLE REQUIRED

DATE

HEURE
TIME

URINE

SANG BLOOD

SANG-PB BLOOD-SP

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET LU LE PRÉSENT DOCUMENT, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU FEUILLET 7, ET JE CONSENS À FOURNIR L'(LES) ÉCHANTILLON(S) TEL(S) QUE REQUIS (JE COMPRENDS QUE LE REFUS OU LE FAIT DE ME SOUSTRaire À FOURNIR UN ÉCHANTILLON CONSTITUE UNE VIOLATION DES RÈGLES ANTIDOPAGE). JE CONSENS À CE QUE L'AFLD M'ADRESSE DES COURRIERS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE DANS LES CONDITIONS DÉCRITES AU VERSO DU FEUILLET 7 (RAYER CETTE DERNIÈRE MENTION EN CAS D'ABSENCE DE CONSENTEMENT)
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT OF COPY 7, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION). I ALSO CONSENT FOR AFLD TO SEND ME EMAILS AS MENTIONED ON THE OVERLEAF OF COPY 7 (CROSS OUT THIS LAST MENTION IN THE ABSENCE OF CONSENT)

NOM, LIEU DE L'ÉPREUVE
NAME AND PLACE OF THE EVENT

NOM, QUALITÉ ET SIGNATURE DE LA PERSONNE NOTIFIANT LE CONTRÔLE / NOTIFIER
NAME AND SIGNATURE

SIGNATURE DU SPORTIF - ATHLETE'S SIGNATURE

2. INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION

SHN: OUI NON

PRO: OUI NON

ADRESSE
ADDRESS

NUMÉRO/RUE - NUMBER/STREET

VILLE - CITY/TOWN

PROVINCE - STATE

NOM DU MÉDECIN - DOCTOR'S NAME

PAYS - COUNTRY

TÉL CONTACT (INCL. CODE PAYS) - CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)

COURRIEL - E-MAIL

NOM DE L'ENTRAÎNEUR - COACH'S NAME

3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE - INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPÉTITION
IN COMPETITION

HORS COMPÉTITION
OUT OF COMPETITION

DATE DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION DATE

HEURE D'ARRIVÉE AU POSTE DE CONTRÔLE DU DOPAGE
ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION

SEXE
GENDER

M

F

SPORT

DISCIPLINE

ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE

NUMÉRO D'ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (mL)

SCELLÉ À (HEURE)
TIME SEALED

INITIALES DU SPORTIF/ACD
ATHLETE/DCO INITIALS

TYPE ÉCHANTILLON SAMPLE TYPE	VOL (mL)	SCELLÉ À (L'HEURE) TIME SEALED	NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	DENSITÉ SPECIFIC GRAVITY	PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE AYANT ASSISTÉ AU PRÉLEVEMENT OU L'AYANT RÉALISÉ - URINE SAMPLE WITNESS OR BCO NAME	SIGNATURE
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		

DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES : INDIQUER LES MÉDICAMENTS PRÉSCRITS/NON PRÉSCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES, LES GLUCOCORTICOIDES, LES INFILTRATIONS, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE ET LA DATE DE LA DERNIÈRE PRISE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION SANGUINE REÇUE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDS, INFILTRATIONS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS. IF NECESSARY, FILL A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

AUT ACCORDÉE
TUE GRANTED

DEMANDE D'AUT
TUE APPLIED

FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

NUMÉRO - NUMBER

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE - CONSENT FOR RESEARCH
JE CONSENS À CE QUE MON ÉCHANTILLON SOIT UTILISÉ À DES FINS DE RECHERCHES ANTIDOPAGE ANONYMES (VOIR AU VERSO) - I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH (SEE OVERLEAF)

J'ACCEPTÉ
I ACCEPT

JE REFUSE
I REFUSE

4. CONFIRMATION DE LA PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE D'URINE ET/OU DE SANG - CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

OBSERVATIONS : TOUTES LES OBSERVATIONS SONT CONSIGNÉES ICI. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE. - COMMENTS : ANY COMMENTS MUST BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

NUMÉROS - NUMBERS

FORMULAIRES DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

DÉLÉGUÉ FÉDÉRAL, ESCORTE, AUTRES - FEDERATION REPRESENTATIVE, CHAPERONE, OTHER

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

REPRÉSENTANT LÉGAL DU SPORTIF - ATHLETE REPRESENTATIVE

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE - DOPING CONTROL OFFICER

NOM - NAME

SIGNATURE

DATE

JJ/DD

MM

AAAA / YYYY

COMPLÉTÉ À (HEURE) / TIME OF COMPLETION

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CE DOCUMENT AINSI QUE LES NUMÉROS D'ÉCHANTILLONS SONT EXACTS. JE DÉCLARE, EN TENANT COMPTE DES OBSERVATIONS INSCRITES DANS LA SECTION 4, QUE LE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES. J'ACCEPTÉ QUE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRÔLE ANTIDOPAGE, NOTAMMENT AUX RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET LES POSSIBLES SANCTIONS, PUSSSENT ÊTRE COMMUNIQUÉES CONFORMÈMENT À LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR.
DANS LE CAS D'UN CONTRÔLE DILIGENTÉ PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD, JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS LE TEXTE AU VERSO ET JE CONSENS AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES PERSONNELLES DANS ADAMS.
I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT INCLUDING SAMPLE CODE NUMBERS ARE CORRECT. I DECLARE THAT, SUBJECT TO COMMENTS MADE IN SECTION 4, SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE.
IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.

SIGNATURE DU SPORTIF
ATHLETE'S SIGNATURE

SIGNEZ UN ACTE DE DOPAGE DANS LE SPORT : www.afld.fr • REPORT DOPING IN SPORT: www.afld.fr

CONTRÔLE DILIGENT PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU SPORTIF

Données relatives au contrôle du dopage

Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage ainsi que du Code mondial antidopage (le « Code »), tels qu'ils peuvent être modifiés à l'occasion, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter. Il m'est demandé de lire et de signer le formulaire ci-après afin de m'assurer que je suis informé que les données de contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans des programmes de détection, de dissuasion et de prévention du dopage. Ma signature apposée au bas de ce formulaire attestera que j'ai bien été informé et que j'ai donné mon consentement exprès à un tel usage.

Je comprends et je conviens que :

- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans le contexte de programmes antidopage. Afin d'obtenir des détails supplémentaires sur l'utilisation de ces données, je sais que je peux consulter la Notice d'information du sportif, dont le contenu peut être modifié sans préavis, qui est affichée sur le site Web de l'AMA et qui peut aussi m'être fournie par ma fédération internationale ou par mon organisation nationale antidopage. S'il m'est impossible d'accéder à la Notice d'information du sportif susmentionnée, je sais que je peux la demander à ma fédération internationale, à mon organisation nationale antidopage ou à l'AMA;
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront recueillies par l'autorité de contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité principale d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels (Standard international);
- L'autorité responsable du contrôle utilisera le système de gestion des données ADAMS pour traiter et gérer les données relatives au contrôle du dopage me concernant, y compris leur communication aux destinataires autorisés (par exemple, organisations nationales antidopage désignées, fédérations internationales, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA utiliseront également ADAMS pour traiter mes résultats d'analyses de laboratoire, mais n'auront accès qu'à des données non identifiées et codées qui ne dévoileront pas mon identité;
- Les personnes ou parties recevant les informations me concernant peuvent être situées hors du pays dans lequel je réside, y compris en Suisse et au Canada. Dans certains autres pays, la législation sur la protection des données et le respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays;
- Conformément au Standard international susmentionné et en vertu des législations applicables, je dispose de droits à l'égard des données du contrôle du dopage me concernant, notamment le droit d'accéder à mes données et de corriger toute inexactitude; et
- Dans le cas où je serais préoccupé par le traitement des données du contrôle du dopage me concernant, je peux consulter l'autorité responsable du contrôle ou l'AMA (www.wada-ama.org), selon le cas.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné décharge l'AMA, ainsi que l'ensemble des organisations antidopage et laboratoires accrédités par l'AMA, de toute responsabilité concernant le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommages, coûts, dépenses) à cet égard.

RETRAIT DE CONSENTEMENT

Je comprends que ma participation à des manifestations sportives organisées est subordonnée à mon adhésion volontaire aux procédures antidopage fixées par le Code et les règles antidopage applicables, en plus du traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, comme décrit dans ce formulaire ainsi que dans la Notice d'information du sportif susmentionnée.

Je comprends que le retrait de mon consentement au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant sera considéré comme un refus de participer à ces procédures antidopage telles qu'exigées par le Code et les règles antidopage applicables. Ceci pourrait entraîner mon exclusion de toute participation ultérieure à des manifestations sportives organisées et la prise de sanctions disciplinaires ou autres à mon encontre, telles que la disqualification des compétitions dans laquelle ma participation est prévue ou l'invalidation des résultats obtenus dans des compétitions antérieures.

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, je déclare être au fait des règles de mon organisation antidopage et du Code, j'accepte de m'y conformer et je consens expressément à l'utilisation des données relatives au contrôle du dopage me concernant telle que décrite ci-dessus et dans la Notice d'information du sportif.

CONSENTEMENT DU SPORTIF À LA RECHERCHE

Afin de contribuer à la lutte contre le dopage dans le sport, j'accepte, en signant le présent formulaire, que mon échantillon puisse être utilisé à des fins de recherche antidopage. Quand toutes les analyses auront été effectuées, et alors que mon échantillon devrait normalement être détruit, il pourra alors être utilisé par un laboratoire accrédité par l'AMA à des fins de recherche antidopage de tout type, étant entendu qu'il ne pourra plus être identifié comme mon échantillon.

IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY

ATHLETE'S CONSENT FORM

Doping Control-related Data

I am being asked to acknowledge that I know and adhere to my Anti-Doping Organization's Anti-Doping Rules and the World Anti-Doping Code (the "Code"), as amended from time to time, and that I undertake to abide by them. I am being asked to read and sign the present consent form to ensure that I am aware and consent that my Doping Control related data will be used in anti-doping programs for the detection, deterrence and prevention of doping. Signing this form will indicate that I have been so informed and that I give my express consent to such processing.

I understand and agree that:

- *My Doping Control related data will be used in the context of anti-doping programs. For further details with respect to how my Doping Control data will be used, I am aware that I may consult the Athlete Information Notice, which is subject to change without notice, as found on the WADA website and which may also be provided to me by my International Federation and/or National Anti-Doping Agency. In the event that I am unable to locate the Athlete Information Notice as previously described, I am aware that I may request it from my International Federation, my National Anti-Doping Organization or WADA;*
- *My Doping Control related data will be collected by the Testing Authority identified on this form, which shall be principally responsible for ensuring the protection of my data, and which must comply with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (International Standard);*
- *The Testing Authority will use the ADAMS data-management system to process and manage my Doping Control related data, and disclose it to authorized recipients, (for instance, designated national anti-doping organizations, international federations, major event organizations, and WADA). WADA-accredited laboratories will also use ADAMS to process my laboratory test results, but shall only have access to de-identified, key-coded data that will not disclose my identity;*
- *Persons or parties receiving my information may be located outside the country where I reside, including in Switzerland and Canada. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country;*
- *Pursuant to the International Standard referenced above and under applicable law I have certain rights in relation to my Doping Control related data, including rights to access and/or correct any inaccurate data; and*
- *To the extent that I have any concerns about the processing of my Doping Control related data I may consult with the Testing Authority and/or WADA (www.wada-ama.org), as appropriate.*

RELEASE

I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and WADA-accredited laboratories from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my Doping Control related data through ADAMS.

WITHDRAWAL OF CONSENT

I understand that my participation in organized sporting events is contingent upon my voluntary participation in anti-doping procedures set forth in the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject, in addition to the processing of my Doping Control related data as described in this form and in the Athlete Information Notice referenced above.

I understand that the withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data will be construed as a refusal to participate in the anti-doping procedures mandated by the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject and could exclude me from further participation in organized sporting events. The withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data may also result in disciplinary or other sanctions being imposed upon me, such as disqualification from competitions in which I am scheduled to participate or the invalidation of results arising from prior competitions.

AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing this form, I hereby declare that I am familiar with and agree to abide by my Anti-Doping Organization's Rules and the Code, and that I expressly consent to the processing of my Doping Control related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

ATHLETE'S CONSENT FOR RESEARCH

In order to help combat doping in sport, by signing this form I agree that my sample may be used for anti-doping research purposes. When all analyses have been completed, and my sample would otherwise be discarded, it may then be used by any WADA-Accredited laboratory for anti-doping research of any type, provided that it can no longer be identified as my sample.

FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

DOPING CONTROL FORM

N° D'ORDRE DE MISSION
TEST MISSION CODE

AUTORITÉ DE CONTRÔLE
TESTING AUTHORITY

AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

AFLD

1. NOTIFICATION DU SPORTIF - ATHLETE NOTIFICATION

NOM DE FAMILLE
FAMILY NAME

PRÉNOM
GIVEN NAME

DATE DE NAISSANCE
DATE OF BIRTH

NATIONALITÉ
NATIONALITY

TYPE DE DOCUMENT D'IDENTITÉ
DOCUMENT TYPE

NUMÉRO DE DOCUMENT
DOCUMENT NUMBER

LIEU DU CONTRÔLE
TEST LOCATION

DOMICILE
HOME

POSTE DE CONTRÔLE
CONTROL STATION

PRÉCISION OU AUTRES
DETAILS OR OTHER

TYPE D'ÉCHANTILLON REQUIS
TYPE OF SAMPLE REQUIRED

DATE

HEURE
TIME

URINE SANG SANG-PB
BLOOD BLOOD-SP

JE RECONNAIS AVOIR REÇU ET LU LE PRÉSENT DOCUMENT, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU FEUILLET 7, ET JE CONSENS À FOURNIR L'(LES) ÉCHANTILLON(S) TEL(S) QUE REQUIS (JE COMPRENDS QUE LE REFUS OU LE FAIT DE ME SOUSTRaire À FOURNIR UN ÉCHANTILLON CONSTITUE UNE VIOLATION DES RÈGLES ANTIDOPAGE). JE CONSENS À CE QUE L'AFLD M'ADRESSE DES COURRIERS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE DANS LES CONDITIONS DÉCRITES AU VERSO DU FEUILLET 7 (BAYER CETTE DERNIÈRE MENTION EN CAS D'ABSENCE DE CONSENTEMENT)

I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT OF COPY 7, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION). I ALSO CONSENT FOR AFLD TO SEND ME EMAILS AS MENTIONED ON THE OVERLEAF OF COPY 7 (CROSS OUT THIS LAST MENTION IN THE ABSENCE OF CONSENT)

NOM, LIEU DE L'ÉPREUVE
NAME AND PLACE OF THE EVENT

NOM, QUALITÉ ET SIGNATURE DE LA PERSONNE NOTIFIANT LE CONTRÔLE / NOTIFIER
NAME AND SIGNATURE

SIGNATURE DU SPORTIF - ATHLETE'S SIGNATURE

2. INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION

SHN: OUI NON PRO: OUI NON

ADRESSE
ADDRESS

NUMÉRO/RUE - NUMBER/STREET

VILLE - CITY/TOWN

PROVINCE - STATE

NOM DU MÉDECIN - DOCTOR'S NAME

PAYS - COUNTRY

TÉL CONTACT (INCL. CODE PAYS) - CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)

COURRIEL - E-MAIL

NOM DE L'ENTRAÎNEUR - COACH'S NAME

3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE - INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPÉTITION
IN COMPETITION

HORS COMPÉTITION
OUT OF COMPETITION

DATE DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS
SAMPLE COLLECTION DATE

HEURE D'ARRIVÉE AU POSTE DE CONTRÔLE DU DOPAGE
ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION

SEXE
GENDER

SPORT

DISCIPLINE

ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE

NUMÉRO D'ÉCHANTILLON PARTIEL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (mL)

SCELLÉ À (HEURE)
TIME SEALED

INITIALES DU SPORTIF/ACD
ATHLETE/DCO INITIALS

TYPE ÉCHANTILLON SAMPLE TYPE	VOL (mL)	SCELLÉ À (L'HEURE) TIME SEALED	NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	DENSITÉ SPECIFIC GRAVITY	PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE AYANT ASSISTÉ AU PRÉLEVEMENT OU L'AYANT RÉALISÉ - URINE SAMPLE WITNESS OR BCO NAME	SIGNATURE
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		
U S PB			A/B	1.0		

DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES : INDIQUER LES MÉDICAMENTS PRÉSCRITS/NON PRÉSCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES, LES GLUCOCORTICOIDES, LES INFILTRATIONS, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE ET LA DATE DE LA DERNIÈRE PRISE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION SANGUINE REÇUE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE.

DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDS, INFILTRATIONS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS. IF NECESSARY, FILL A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

AUT ACCORDÉE
TUE GRANTED

DEMANDE D'AUT
TUE APPLIED

FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

NUMÉRO - NUMBER

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE - CONSENT FOR RESEARCH

JE CONSENS À CE QUE MON ÉCHANTILLON SOIT UTILISÉ À DES FINS DE RECHERCHES ANTIDOPAGE ANONYMES (VOIR AU VERSO) - I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH (SEE OVERLEAF)

J'ACCEPTÉ
I ACCEPT

JE REFUSE
I REFUSE

4. CONFIRMATION DE LA PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE D'URINE ET/OU DE SANG - CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

OBSERVATIONS : TOUTES LES OBSERVATIONS SONT CONSIGNÉES ICI. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE. - COMMENTS: ANY COMMENTS MUST BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

NUMÉROS - NUMBERS

FORMULAIRES DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

DÉLÉGUÉ FÉDÉRAL, ESCORTE, AUTRES - FEDERATION REPRESENTATIVE, CHAPERONE, OTHER

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

REPRÉSENTANT LÉGAL DU SPORTIF - ATHLETE REPRESENTATIVE

NOM - NAME

FONCTION - POSITION

SIGNATURE

PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE - DOPING CONTROL OFFICER

NOM - NAME

SIGNATURE

DATE

JJ/DD MM AAAA/YYYY

COMPLÉTÉ À (HEURE) / TIME OF COMPLETION

JE DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CE DOCUMENT AINSI QUE LES NUMÉROS D'ÉCHANTILLONS SONT EXACTS. JE DÉCLARE, EN TENANT COMPTE DES OBSERVATIONS INSCRITES DANS LA SECTION 4, QUE LE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES. J'ACCEPTÉ QUE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRÔLE ANTIDOPAGE, NOTAMMENT AUX RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET LES POSSIBLES SANCTIONS, PUISSENT ÊTRE COMMUNIQUÉES CONFORMÈMENT À LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR.

DANS LE CAS D'UN CONTRÔLE DILIGENT PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD, JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS LE TEXTE AU VERSO ET JE CONSENS AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES PERSONNELLES DANS ADAMS.

I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT INCLUDING SAMPLE CODE NUMBERS ARE CORRECT. I DECLARE THAT, SUBJECT TO COMMENTS MADE IN SECTION 4, SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE.

IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.

SIGNATURE DU SPORTIF
ATHLETE'S SIGNATURE

SIGNEZ UN ACTE DE DOPAGE DANS LE SPORT : www.aflf.fr • REPORT DOPING IN SPORT: www.aflf.fr

CONTRÔLE DILIGENTÉ PAR UNE AUTRE AUTORITÉ QUE L'AFLD

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU SPORTIF

Données relatives au contrôle du dopage

Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage ainsi que du Code mondial antidopage (le « Code »), tels qu'ils peuvent être modifiés à l'occasion, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter. Il m'est demandé de lire et de signer le formulaire ci-après afin de m'assurer que je suis informé que les données de contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans des programmes de détection, de dissuasion et de prévention du dopage. Ma signature apposée au bas de ce formulaire attestera que j'ai bien été informé et que j'ai donné mon consentement exprès à un tel usage.

Je comprends et je conviens que :

- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront utilisées dans le contexte de programmes antidopage. Afin d'obtenir des détails supplémentaires sur l'utilisation de ces données, je sais que je peux consulter la Notice d'information du sportif, dont le contenu peut être modifié sans préavis, qui est affichée sur le site Web de l'AMA et qui peut aussi m'être fournie par ma fédération internationale ou par mon organisation nationale antidopage. S'il m'est impossible d'accéder à la Notice d'information du sportif susmentionnée, je sais que je peux la demander à ma fédération internationale, à mon organisation nationale antidopage ou à l'AMA;
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront recueillies par l'autorité de contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité principale d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels (Standard international);
- L'autorité responsable du contrôle utilisera le système de gestion des données ADAMS pour traiter et gérer les données relatives au contrôle du dopage me concernant, y compris leur communication aux destinataires autorisés (par exemple, organisations nationales antidopage désignées, fédérations internationales, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA utiliseront également ADAMS pour traiter mes résultats d'analyses de laboratoire, mais n'auront accès qu'à des données non identifiées et codées qui ne dévoileront pas mon identité;
- Les personnes ou parties recevant les informations me concernant peuvent être situées hors du pays dans lequel je réside, y compris en Suisse et au Canada. Dans certains autres pays, la législation sur la protection des données et le respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays;
- Conformément au Standard international susmentionné et en vertu des législations applicables, je dispose de droits à l'égard des données du contrôle du dopage me concernant, notamment le droit d'accéder à mes données et de corriger toute inexactitude; et
- Dans le cas où je serais préoccupé par le traitement des données du contrôle du dopage me concernant, je peux consulter l'autorité responsable du contrôle ou l'AMA (www.wada-ama.org), selon le cas.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné décharge l'AMA, ainsi que l'ensemble des organisations antidopage et laboratoires accrédités par l'AMA, de toute responsabilité concernant le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommages, coûts, dépenses) à cet égard.

RETRAIT DE CONSENTEMENT

Je comprends que ma participation à des manifestations sportives organisées est subordonnée à mon adhésion volontaire aux procédures antidopage fixées par le Code et les règles antidopage applicables, en plus du traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, comme décrit dans ce formulaire ainsi que dans la Notice d'information du sportif susmentionnée.

Je comprends que le retrait de mon consentement au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant sera considéré comme un refus de participer à ces procédures antidopage telles qu'exigées par le Code et les règles antidopage applicables. Ceci pourrait entraîner mon exclusion de toute participation ultérieure à des manifestations sportives organisées et la prise de sanctions disciplinaires ou autres à mon encontre, telles que la disqualification des compétitions dans laquelle ma participation est prévue ou l'invalidation des résultats obtenus dans des compétitions antérieures.

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, je déclare être au fait des règles de mon organisation antidopage et du Code, j'accepte de m'y conformer et je consens expressément à l'utilisation des données relatives au contrôle du dopage me concernant telle que décrite ci-dessus et dans la Notice d'information du sportif.

CONSENTEMENT DU SPORTIF À LA RECHERCHE

Afin de contribuer à la lutte contre le dopage dans le sport, j'accepte, en signant le présent formulaire, que mon échantillon puisse être utilisé à des fins de recherche antidopage. Quand toutes les analyses auront été effectuées, et alors que mon échantillon devrait normalement être détruit, il pourra alors être utilisé par un laboratoire accrédité par l'AMA à des fins de recherche antidopage de tout type, étant entendu qu'il ne pourra plus être identifié comme mon échantillon.

IF AFLD IS NOT THE TESTING AUTHORITY

ATHLETE'S CONSENT FORM

Doping Control-related Data

I am being asked to acknowledge that I know and adhere to my Anti-Doping Organization's Anti-Doping Rules and the World Anti-Doping Code (the "Code"), as amended from time to time, and that I undertake to abide by them. I am being asked to read and sign the present consent form to ensure that I am aware and consent that my Doping Control related data will be used in anti-doping programs for the detection, deterrence and prevention of doping. Signing this form will indicate that I have been so informed and that I give my express consent to such processing.

I understand and agree that:

- *My Doping Control related data will be used in the context of anti-doping programs. For further details with respect to how my Doping Control data will be used, I am aware that I may consult the Athlete Information Notice, which is subject to change without notice, as found on the WADA website and which may also be provided to me by my International Federation and/or National Anti-Doping Agency. In the event that I am unable to locate the Athlete Information Notice as previously described, I am aware that I may request it from my International Federation, my National Anti-Doping Organization or WADA;*
- *My Doping Control related data will be collected by the Testing Authority identified on this form, which shall be principally responsible for ensuring the protection of my data, and which must comply with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (International Standard);*
- *The Testing Authority will use the ADAMS data-management system to process and manage my Doping Control related data, and disclose it to authorized recipients, (for instance, designated national anti-doping organizations, international federations, major event organizations, and WADA). WADA-accredited laboratories will also use ADAMS to process my laboratory test results, but shall only have access to de-identified, key-coded data that will not disclose my identity;*
- *Persons or parties receiving my information may be located outside the country where I reside, including in Switzerland and Canada. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country;*
- *Pursuant to the International Standard referenced above and under applicable law I have certain rights in relation to my Doping Control related data, including rights to access and/or correct any inaccurate data; and*
- *To the extent that I have any concerns about the processing of my Doping Control related data I may consult with the Testing Authority and/or WADA (www.wada-ama.org), as appropriate.*

RELEASE

I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and WADA-accredited laboratories from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my Doping Control related data through ADAMS.

WITHDRAWAL OF CONSENT

I understand that my participation in organized sporting events is contingent upon my voluntary participation in anti-doping procedures set forth in the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject, in addition to the processing of my Doping Control related data as described in this form and in the Athlete Information Notice referenced above.

I understand that the withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data will be construed as a refusal to participate in the anti-doping procedures mandated by the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject and could exclude me from further participation in organized sporting events. The withdrawal of my consent to the processing of my Doping Control related data may also result in disciplinary or other sanctions being imposed upon me, such as disqualification from competitions in which I am scheduled to participate or the invalidation of results arising from prior competitions.

AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing this form, I hereby declare that I am familiar with and agree to abide by my Anti-Doping Organization's Rules and the Code, and that I expressly consent to the processing of my Doping Control related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

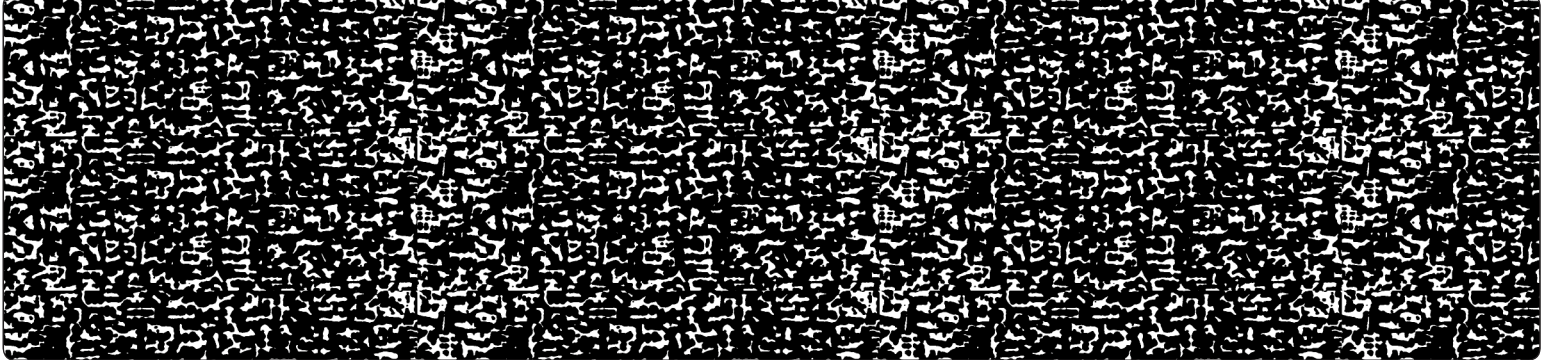
ATHLETE'S CONSENT FOR RESEARCH

In order to help combat doping in sport, by signing this form I agree that my sample may be used for anti-doping research purposes. When all analyses have been completed, and my sample would otherwise be discarded, it may then be used by any WADA-Accredited laboratory for anti-doping research of any type, provided that it can no longer be identified as my sample.

FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE DOPING CONTROL FORM

N° D'ORDRE DE MISSION TEST MISSION CODE	
AUTORITÉ DE CONTRÔLE TESTING AUTHORITY	
AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	AFLD
AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	

1. NOTIFICATION DU SPORTIF - ATHLETE NOTIFICATION



2. INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF - ATHLETE INFORMATION



3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE - INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPÉTITION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	HORS COMPÉTITION OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	DATE DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS SAMPLE COLLECTION DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEURE D'ARRIVÉE AU POSTE DE CONTRÔLE DU DOPAGE ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEXE GENDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					JJ/DD	MM	AAAA / YYYY			M	F				
SPORT								DISCIPLINE							



TYPE ÉCHANTILLON SAMPLE TYPE	VOL (mL)	SCÈLE À L'HEURE TIME SEALED	NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	DENSITÉ SPECIFIC GRAVITY	PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE AYANT ASSISTÉ AU PRÉLEVEMENT OU L'AYANT RÉALISÉ - URINE SAMPLE WITNESS OR BCO NAME	SIGNATURE
U S PB	<input type="text"/>	<input type="text"/> A/B	<input type="text"/>	1.0		
U S PB	<input type="text"/>	<input type="text"/> A/B	<input type="text"/>	1.0		
U S PB	<input type="text"/>	<input type="text"/> A/B	<input type="text"/>	1.0		
U S PB	<input type="text"/>	<input type="text"/> A/B	<input type="text"/>	1.0		

DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES : INDICHER LES MÉDICAMENTS PRESCRITS/NON PRESCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES, LES GLUCOCORTICOIDES, LES INFILTRATIONS, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE ET LA DATE DE LA DERNIÈRE PRISE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION SANGUINE REÇUE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICIDS, INFILTRATIONS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS. IF NECESSARY, FILL A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

AUT ACCORDÉE
TUE GRANTED

DEMANDE D'AUT
TUE APPLIED

FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

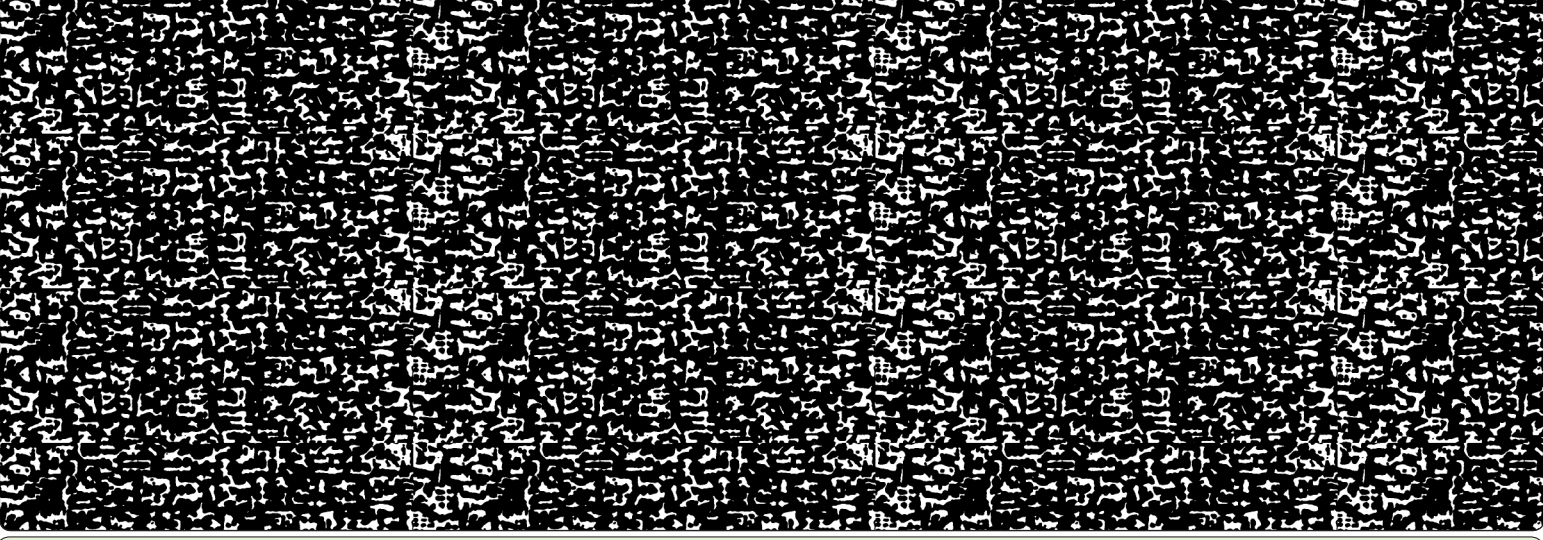
NUMÉRO - NUMBER

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE - CONSENT FOR RESEARCH
 JE CONSENS À CE QUE MON ÉCHANTILLON SOIT UTILISÉ À DES FINS DE RECHERCHES ANTIDOPAGE ANONYMES (VOIR AU VERSO) - I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH (SEE OVERLEAF)

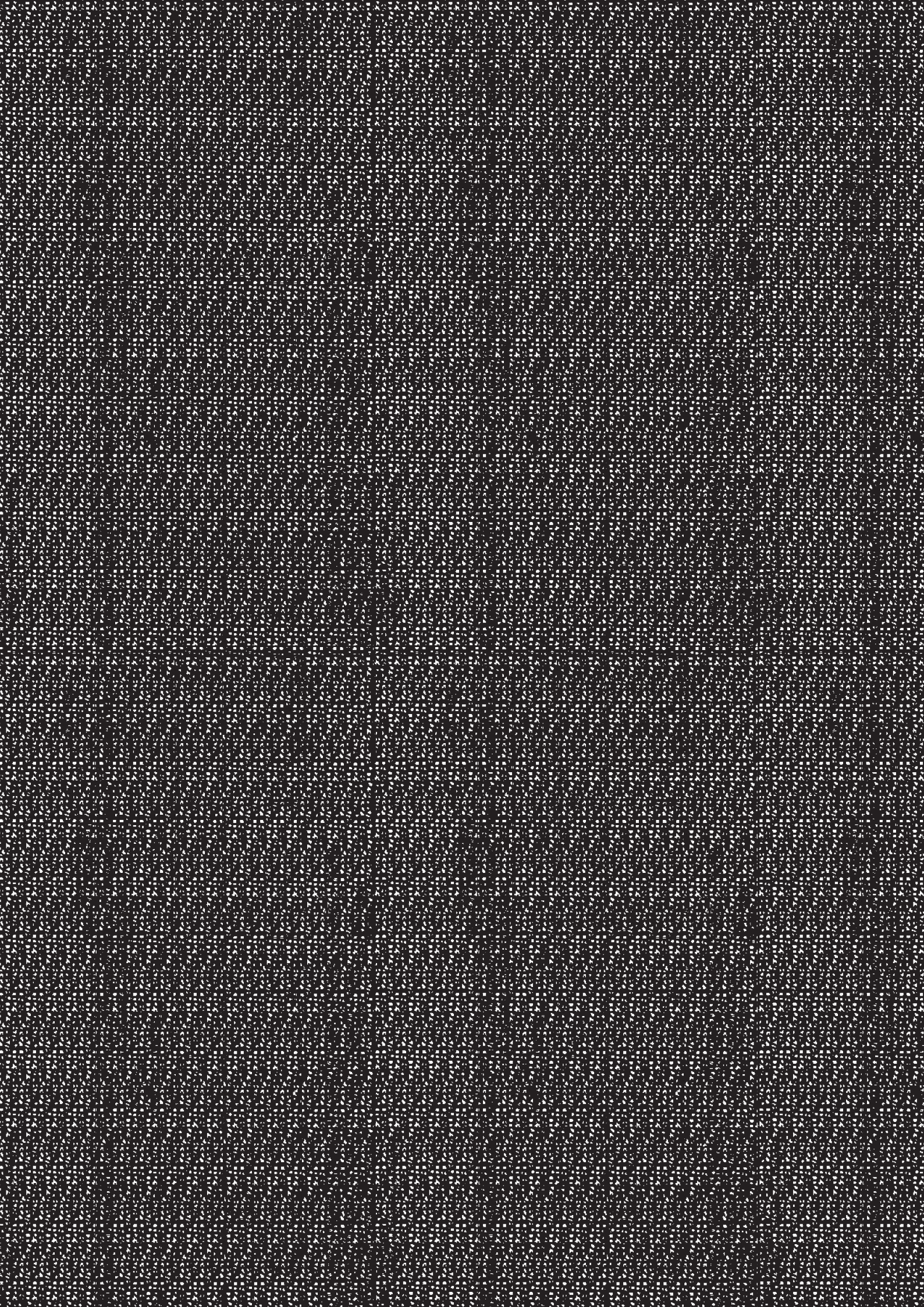
J'ACCEPTÉ
I ACCEPT

JE REFUSE
I REFUSE

4. CONFIRMATION DE LA PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE D'URINE ET/OU DE SANG - CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING



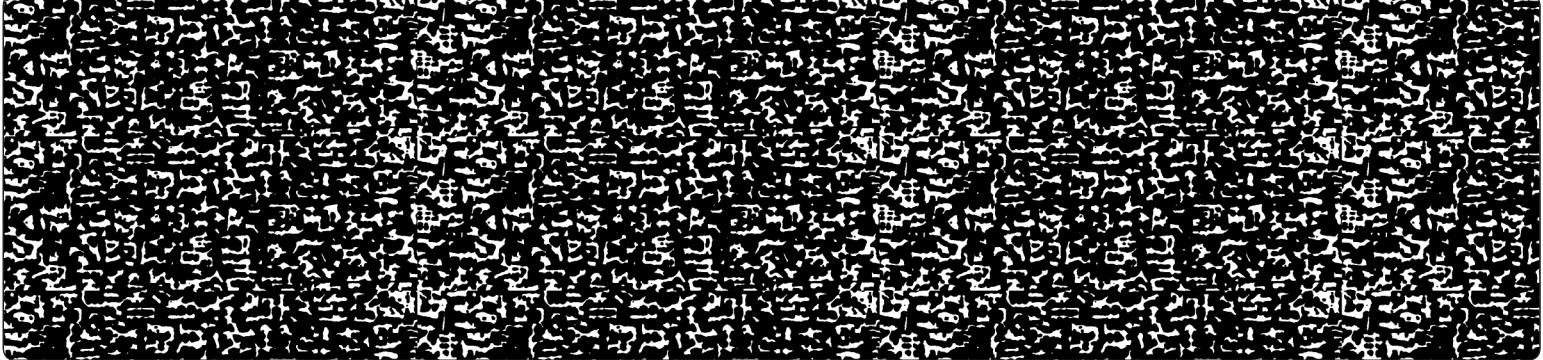
SIGNEZ UN ACTE DE DOPAGE DANS LE SPORT : www.afld.fr • REPORT DOPING IN SPORT: www.afld.fr



FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE DOPING CONTROL FORM

N° D'ORDRE DE MISSION TEST MISSION CODE	
AUTORITÉ DE CONTRÔLE TESTING AUTHORITY	
AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	AFLD
AUTORITÉ DE GESTION DES RÉSULTATS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	

1. NOTIFICATION DU SPORTIF • ATHLETE NOTIFICATION



2. INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF • ATHLETE INFORMATION



3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE • INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPÉTITION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	HORS COMPÉTITION OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	DATE DE PRÉLEVEMENT DES ÉCHANTILLONS SAMPLE COLLECTION DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEURE D'ARRIVÉE AU POSTE DE CONTRÔLE DU DOPAGE ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEXE GENDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				JJ/DD	MM	AAAA / YYYY			M	F					
SPORT								DISCIPLINE							



TYPE ÉCHANTILLON SAMPLE TYPE	VOL (mL)	SCÈLE À L'HEURE TIME SEALED	NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON SAMPLE CODE NUMBER	DENSITÉ SPECIFIC GRAVITY	PERSONNE CHARGÉE DU CONTRÔLE AYANT ASSISTÉ AU PRÉLEVEMENT OU L'AYANT RÉALISÉ - URINE SAMPLE WITNESS OR BCO NAME	SIGNATURE
U <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.0		
S <input type="checkbox"/>		A/B	<input type="text"/>	1.0		
PB <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>			
U <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.0		
S <input type="checkbox"/>		A/B	<input type="text"/>	1.0		
PB <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>			
U <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.0		
S <input type="checkbox"/>		A/B	<input type="text"/>	1.0		
PB <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>			

DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES : INDICHER LES MÉDICAMENTS PRESCRITS/NON PRESCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES, LES GLUCOCORTICOÏDES, LES INFILTRATIONS, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE ET LA DATE DE LA DERNIÈRE PRISE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION SANGUINE REÇUE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS. AU BESOIN, UTILISER UN FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICIDS, INFILTRATIONS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS. IF NECESSARY, FILL A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

AUT ACCORDÉE
TUE GRANTED

DEMANDE D'AUT
TUE APPLIED

FORMULAIRE DE RAPPORT COMPLÉMENTAIRE
SUPPLEMENTARY REPORT FORM N/A

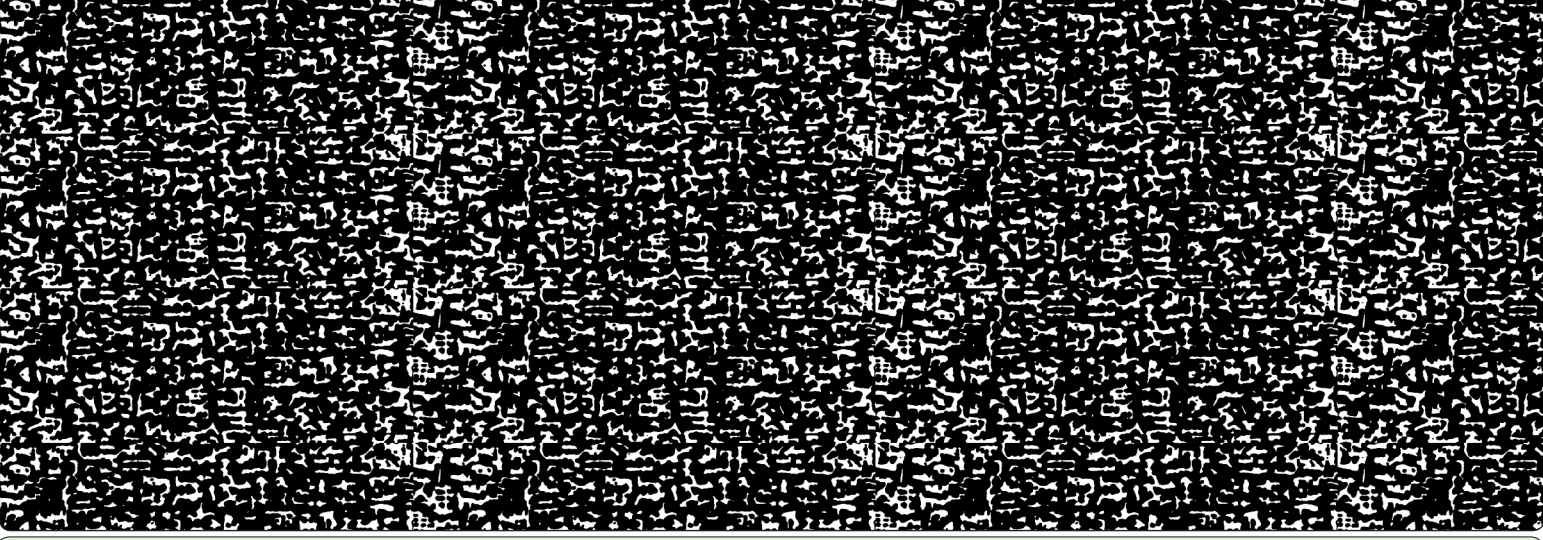
NUMÉRO - NUMBER

CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE - CONSENT FOR RESEARCH
 JE CONSENS À CE QUE MON ÉCHANTILLON SOIT UTILISÉ À DES FINS DE RECHERCHES ANTIDOPAGE ANONYMES (VOIR AU VERSO) - I CONSENT FOR MY SAMPLE TO BE USED IN ANONYMOUS RESEARCH (SEE OVERLEAF)

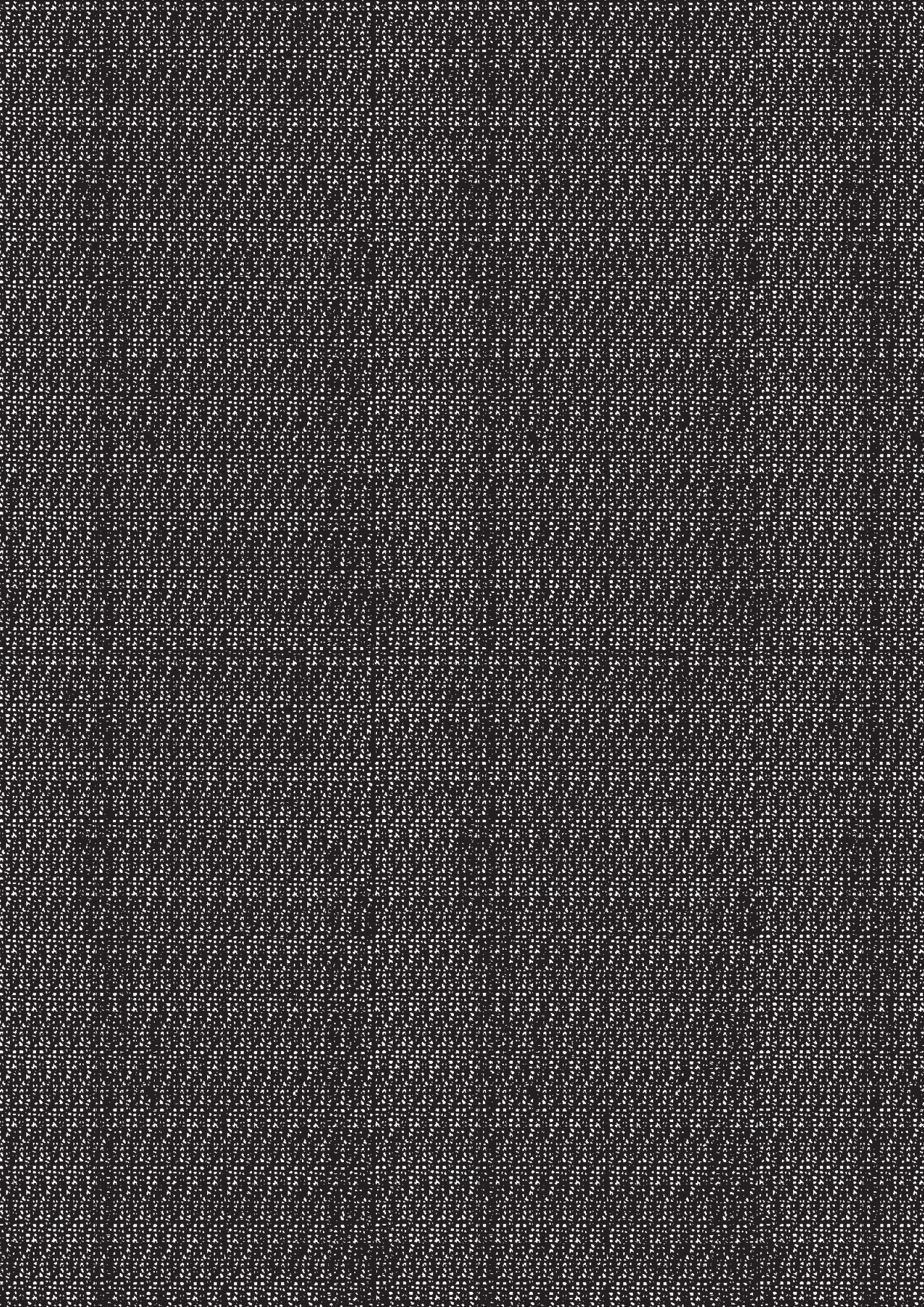
J'ACCEPTÉ
I ACCEPT

JE REFUSE
I REFUSE

4. CONFIRMATION DE LA PROCÉDURE POUR LE CONTRÔLE D'URINE ET/OU DE SANG • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING



SIGNEZ UN ACTE DE DOPAGE DANS LE SPORT : www.afld.fr • REPORT DOPING IN SPORT: www.afld.fr



4. Envoi recommandé électronique	4. Electronic registered mail
<p>Lorsque l'AFLD est tenue de vous notifier par lettre recommandée les documents et actes de procédure prévus à l'article R. 232-41-10 du code du sport, elle peut recourir, dès lors que vous y avez consenti, à un envoi recommandé électronique au sens de l'article L. 100 du code des postes et des communications électroniques.</p> <p>En consentant à recevoir des envois électroniques recommandés, vous reconnaissez et garanzissez que vous disposez de la maîtrise exclusive du compte courriel dont vous avez indiqué l'adresse dans le présent formulaire, notamment pour (i) son accès régulier, (ii) la confidentialité des identifiants qui permettent d'y accéder, et (iii) la gestion des paramètres de réception et de filtrage de courriers entrants. Le cas échéant, vous garanzissez que tout tiers accédant au compte courriel est autorisé à vous représenter et à agir en votre nom. Vous vous engagez à signaler immédiatement toute perte ou usage abusif du compte courriel. Jusqu'à la réception d'une telle notification, toute action effectuée au travers de ce compte courriel sera réputée effectuée par vous et relèvera de votre responsabilité exclusive.</p> <p>Vous pouvez renoncer au bénéfice des envois recommandés électroniques dans les conditions prévues par délibération de l'AFLD.</p>	<p>When the AFLD is required to notify you by registered letter of the forms and procedural documents provided for in Article R. 232-41-10 of the Sports Code, it may, as soon as you have consented to it, have recourse to Electronic registered mails in the meaning of Article L. 100 of the Post and Electronic Communications Code.</p> <p>By agreeing to receive electronic registered mail, you acknowledge and warrant that you have exclusive control of the email account that you have specified in this doping control form, including (i) its regular access, (ii) the confidentiality of credentials that allow access to it, and (iii) the management of reception and filtering parameters of incoming email. In this case, you guarantee that any third party accessing the email account is authorized to represent you and act on your behalf. You agree to immediately report any loss or misuse of the email account. Until such notice is received, any action taken through this email account will be deemed to be performed by you and will be your sole responsibility.</p> <p>You can waive benefit of electronic registered emails in the conditions provided by deliberation of the AFLD.</p>