

Declaração para uso de Glicocorticosteróides

Favor completar todos os campos com letra de forma e em caixa alta

1. Informações do atleta

Último nome:	Demais Nomes:
Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Data de Nascimento (d/m/a):
Endereço:	
Cidade:	País: CEP:
Tel.: E-mail:	
<i>(com código internacional)</i>	
Modalidade: Prova/Categoria:	
Clube/UF:	
Se é atleta com deficiência, indicar qual e sua classe:	

2. Informações médicas

Substância(s) proibida(s): <u>Nome genérico</u>	Dose	Rotina	Freqüência
1.			
2.			
3.			

Data da administração:

Comentários adicionais:
.....
.....
.....

4. Declaração do profissional médico

Eu certifico que o tratamento abaixo mencionado é apropriado medicalmente e que o uso de medicação alternativa não prevista na lista proibida seria insatisfatório para essa condição.

Nome:

Especialidade:

Endereço:

Telefone: Fax:

E-mail:

Assinatura do profissional médico: Data:

5. Declaração do atleta

Eu,, certifico que as informações contidas no primeiro quadro são verossímeis e que estou requisitando aprovação para fazer uso de uma Substância ou Método contidos na lista de proibição da WADA (Agência Mundial Antidoping). Eu autorizo o repasse das informações médicas pessoais à Organização Antidoping (ADO) assim como para os oficiais da WADA, para o TUEC (Comitê de Isenção de Uso Terapêutico) da WADA e para outras ADOs que estiverem previstas no Código. Eu entendo que se eu desejar revogar os direitos dessas organizações para obter minhas informações de saúde em meu favor, devo acionar meu profissional médico e a ADO que me representa para registrar tal fato.

Assinatura do atleta: Data:

Assinatura do pai/responsável legal: Data:

(se o atleta for menor de idade ou sua deficiência o impeça de assinar este formulário, o pai ou responsável legal deverá assinar com ou em nome dele).