

# DOPING CONTROL FORM FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

## 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

FAMILY NAME NOM DE FAMILLE	GIVEN NAME PRÉNOM	DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE
NATIONALITY NATIONALITÉ	SPORT DISCIPLINE	ATHLETE ID PROVIDED? PIÈCE D'IDENTITÉ DU SPORTIF
ADDRESS ADRESSE	CITY/TOWN • VILLE	DOCUMENT TYPE TYPE DE DOCUMENT
COUNTRY • PAYS	E-MAIL • COURRIEL	COACH'S NAME • NOM DE L'ENTRAÎNEUR

## 2. NOTIFICATION • NOTIFICATION

TYPE OF TEST REQUIRED TYPE DE CONTRÔLE REQUIS	DATE	COUNTRY PAYS	CITY VILLE	TIME HEURE
<p>I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).</p> <p>JE RECONNAIS AVOIR REÇU LU CET AVIS, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU VERSO DE LA COPIE 1, 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).</p>				
ATHLETE'S SIGNATURE • SIGNATURE DU SPORTIF				
DCO/CHAPERONE NAME NOM DE L'ACD/ESCORTE				
DCO/CHAPERONE SIGNATURE SIGNATURE DE L'ACD/ESCORTE				

## 3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

OUT OF COMPETITION HORS COMPÉTITION	DATE OF TEST DATE DU CONTRÔLE	GENDER SEXE	TEST MISSION CODE CODE DE MISSION DE CONTRÔLE
IN COMPETITION EN COMPÉTITION	ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION HEURE D'ARRIVÉE À LA STATION DE CONTRÔLE DU DOPAGE		
SAMPLE 1 • ÉCHANTILLON 1		SAMPLE 2 • ÉCHANTILLON 2	
BLOOD/SANG			
PARTIAL SAMPLE/ ÉCHANTILLON PARTIEL			
URINE			
(ADDITIONAL SAMPLE • ÉCHANTILLON ADDITIONNEL)			
<p>DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST SIX MONTHS.</p> <p>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 ET LES GLUCOCORTICOIDES, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION REÇUE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.</p>			
<p>CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL) • CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE (OPTIONNEL)</p> <p>IN ORDER TO HELP COMBAT DOPING IN SPORT, BY SIGNING BELOW 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.</p> <p>AFIN DE CONTRIBUER À LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE DANS LE SPORT, J'ACCEPTE, EN SIGNANT CI-DESSOUS, 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.</p>			

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

<p>COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.</p> <p>COMMENTAIRES: TOUS LES COMMENTAIRES DEVRAIENT ÊTRE INSCRITS ICI. AU BESOIN, UTILISER LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE.</p>			
<p>I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES • JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLON S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES</p>			
URINE SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON D'URINE	ADDITIONAL SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL	URINE SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON D'URINE	ADDITIONAL SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL
BLOOD COLLECTION OFFICER • AGENT DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN			
ATHLETE REPRESENTATIVE • REPRÉSENTANT DU SPORTIF			
DOPING CONTROL OFFICER • AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE			
<p>I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS 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.</p> <p>J'AI LU ET COMPRIS LE TEXTE AU VERSO ET JE CONSENS AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES PERSONNELLES PAR ADAMS.</p>			
<p>JE DÉCLARE QUE L'INFORMATION FOURNIE DANS CE DOCUMENT EST EXACTE. JE DÉCLARE, EN TENANT COMPTE DES COMMENTAIRES INSCRITS DANS LA SECTION 4, QUE LE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES. J'ACCEPTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRÔLE DU DOPAGE, INCLUANT MAIS NON LIMITÉES AUX RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET AUX SANCTIONS POSSIBLES, PUISSENT ÊTRE PARTAGÉES AVEC LES ORGANISATIONS CORRESPONDANTES SELON LE CODE MONDIAL ANTIDOPAGE.</p>			
ATHLETE'S SIGNATURE SIGNATURE DU SPORTIF			

FRONT OF ORIGINAL

## 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 that I undertake to abide by them. I am being asked to read the following form to ensure that I am aware that my doping control related data will be used in anti-doping programs for 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 and as described in more detail in the Athlete Information Notice made available to me by my sporting federation or national anti-doping organization and on the World Anti-Doping Agency (WADA) website;
- 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 is committed to complying with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information;
- 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 or national sporting federations, major games organizers, 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](http://www.wada-ama.org)), as appropriate.

#### RELEASE

I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and 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 thus the processing of my Doping Control related data as described in this form.

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 those anti-doping procedures mandated by the World Anti-Doping Code (the Code) and could exclude me from further participation in organized sporting events and may 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 that I expressly consent to the processing of my Doping Control related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU SPORTIF

### Données relatives au contrôle du dopage

**Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter.**

**Il m'est demandé de lire 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 et tel que décrit en détail dans la Notice d'information du sportif mise à ma disposition par ma fédération sportive ou mon organisation nationale antidopage et sur le site Web de l'Agence Mondiale Antidopage (l'AMA);
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront collectées par l'autorité responsable du contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels;
- 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 nationales ou internationales sportives, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA auront également accès 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 droit au respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays;
- Conformément au Standard international nommé ci-dessus et en vertu des législations applicables, je dispose de droits en rapport avec les 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](http://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, de toute responsabilité en relation avec le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommage, 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 dès lors au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, tel que décrit dans ce formulaire.

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 mondial antidopage (le Code). 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 disqualification des compétitions dans lesquelles ma participation est programmée ou invalidation des résultats obtenus dans des compétitions antérieures.

#### AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, 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.

# DOPING CONTROL FORM FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

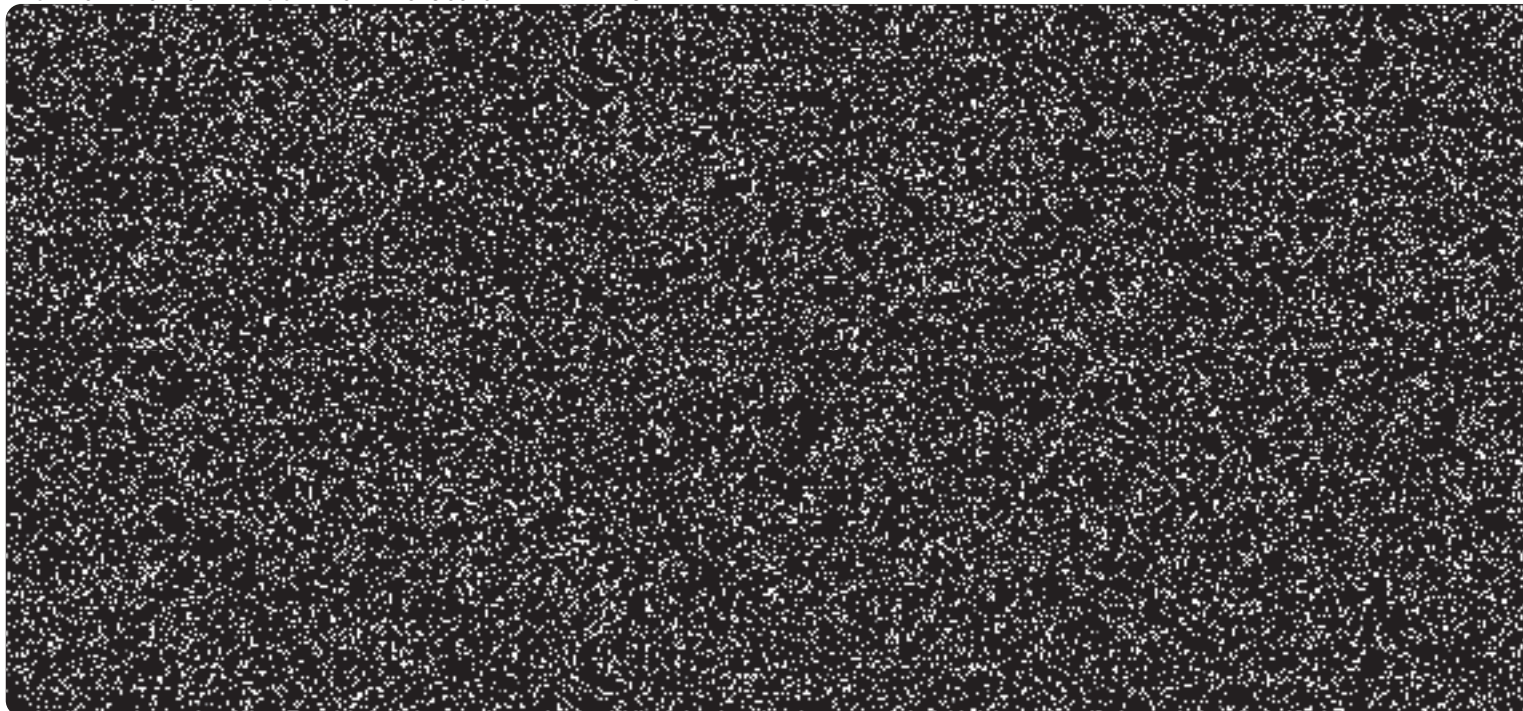
## 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

FAMILY NAME NOM DE FAMILLE	GIVEN NAME PRÉNOM	DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE	
NATIONALITY NATIONALITÉ	SPORT DISCIPLINE	YES • OUI    NO • NON ATHLETE ID PROVIDED? PIÈCE D'IDENTITÉ DU SPORTIF	DOCUMENT TYPE TYPE DE DOCUMENT
ADDRESS ADRESSE		DOCUMENT NUMBER NUMÉRO DE DOCUMENT	
NUMBER/STREET • NUMÉRO/RUE		CITY/TOWN • VILLE	
STATE • PROVINCE		COUNTRY • PAYS	
CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE) • TÉL CONTACT (INCL. CODE PAYS)		E-MAIL • COURRIEL	
COACH'S NAME • NOM DE L'ENTRAÎNEUR		DOCTOR'S NAME • NOM DU MÉDECIN	

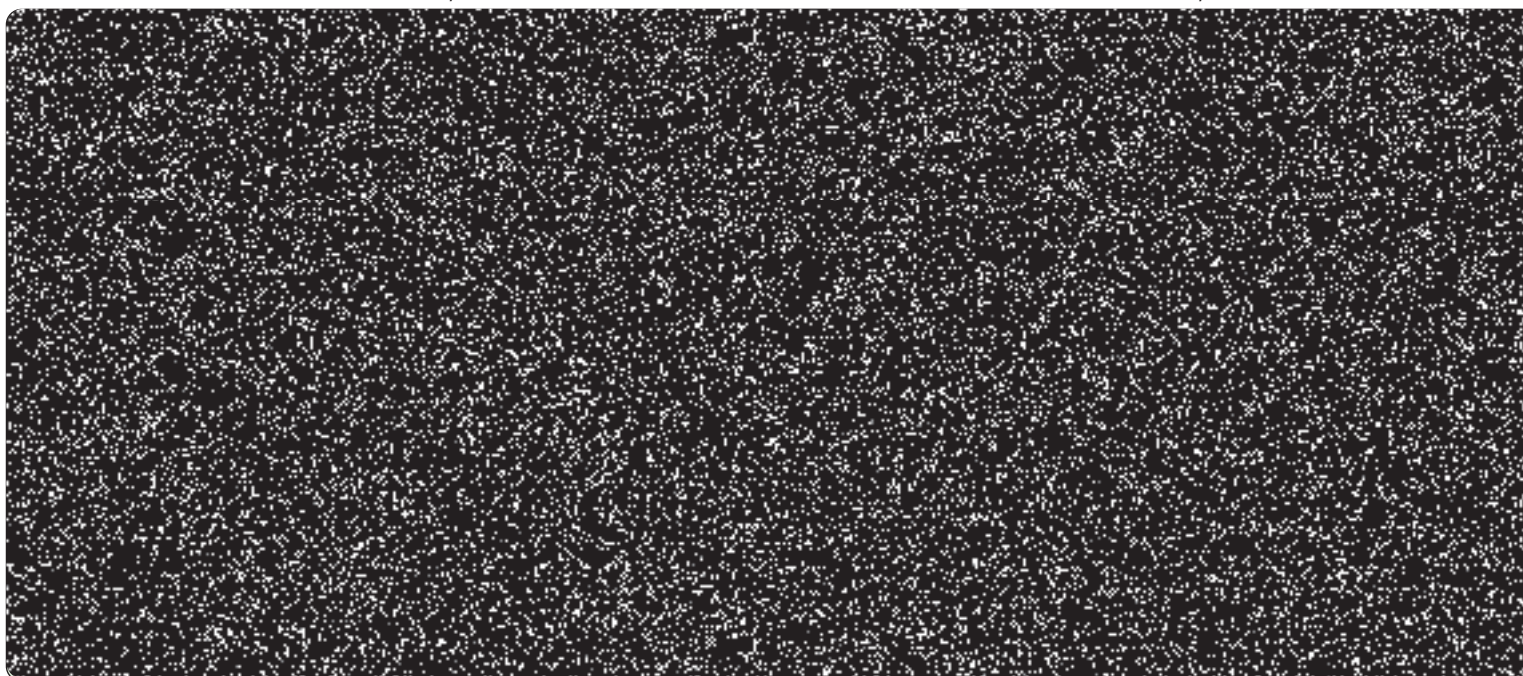
## 2. NOTIFICATION • NOTIFICATION

TYPE OF TEST REQUIRED TYPE DE CONTRÔLE REQUIS	DATE	COUNTRY PAYS	CITY VILLE	TIME HEURE
URINE    BLOOD • SANG	DD / JJ    MM    YYYY / AAAA			
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION). JE RECONNAIS AVOIR REÇU LU CET AVIS, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU VERSO DE LA COPIE 1, 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).				
DCO/CHAPERONE NAME NOM DE L'ACD/ESCORTE				
DCO/CHAPERONE SIGNATURE SIGNATURE DE L'ACD/ESCORTE				
ATHLETE'S SIGNATURE • SIGNATURE DU SPORTIF				

## 3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE



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



FRONT OF COPY 1

### Athlete Rights and Responsibilities

#### Athlete Rights – you have the right to:

- Have a representative and if available, an interpreter.
- Ask for additional information about the Sample collection process.
- Request a delay in reporting to the Doping Control Station for valid reasons (as determined by the Doping Control Officer).
- If you are an athlete with a disability, request modifications to the Sample collection procedure.

#### Athlete Responsibilities – you have the responsibility to:

- Remain within direct observation of the DCO/Chaperone at all times from the point of notification by the DCO/Chaperone until the completion of the Sample collection procedure.
- Produce appropriate identification.
- Comply with Sample collection procedures – failure to do so may constitute an Anti-Doping Rule Violation.
- Report immediately for a test, unless there are valid reasons for a delay.

### Les Droits et Responsabilités du Sportif

#### Les Droits du Sportif – vos droits sont les suivants :

- Avoir un représentant et, si disponible, un interprète.
- Obtenir de plus amples renseignements sur le processus de prélèvement d'échantillons
- Demander un délai pour se présenter au poste de contrôle du dopage pour les raisons valables (tel que déterminé par votre agent de contrôle du dopage).
- Si vous êtes un sportif avec handicap, demander des modifications aux procédures de prélèvement d'échantillons.

#### Les Responsabilités du Sportif – vos responsabilités sont les suivantes :

- Demeurer sous observation directe de l'ACD/escorte en permanence à compter du moment de la notification par l'ACD/escorte, jusqu'à ce que la procédure de prélèvement d'échantillons soit terminée.
- Fournir une preuve d'identité officielle et valide.
- Se conformer aux procédures de prélèvement d'échantillons – tout manquement pourrait constituer une violation des règles antidopage.
- Se présenter immédiatement pour le contrôle, à moins d'être retardé pour des raisons valables.

# DOPING CONTROL FORM FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

## 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

FAMILY NAME NOM DE FAMILLE	GIVEN NAME PRÉNOM	DATE OF BIRTH DATE DE NAISSANCE
NATIONALITY NATIONALITÉ	SPORT DISCIPLINE	ATHLETE ID PROVIDED? PIÈCE D'IDENTITÉ DU SPORTIF
ADDRESS ADRESSE	CITY/TOWN • VILLE	DOCUMENT TYPE TYPE DE DOCUMENT
COUNTRY • PAYS	E-MAIL • COURRIEL	COACH'S NAME • NOM DE L'ENTRAÎNEUR

## 2. NOTIFICATION • NOTIFICATION

TYPE OF TEST REQUIRED TYPE DE CONTRÔLE REQUIS	DATE	COUNTRY PAYS	CITY VILLE	TIME HEURE
<p>I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).</p> <p>JE RECONNAIS AVOIR REÇU LU CET AVIS, Y COMPRIS LES DROITS ET LES RESPONSABILITÉS DU SPORTIF FIGURANT AU VERSO DE LA COPIE 1, ET JE CONSENS À FOURNIR L'(ES) 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).</p>				
ATHLETE'S SIGNATURE • SIGNATURE DU SPORTIF			DCO/CHAPERONE SIGNATURE SIGNATURE DE L'ACD/ESCORTE	

## 3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

OUT OF COMPETITION HORS COMPÉTITION	DATE OF TEST DATE DU CONTRÔLE	GENDER SEXE	TEST MISSION CODE CODE DE MISSION DE CONTRÔLE
IN COMPETITION EN COMPÉTITION	ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION HEURE D'ARRIVÉE À LA STATION DE CONTRÔLE DU DOPAGE		
SAMPLE 1 • ÉCHANTILLON 1		SAMPLE 2 • ÉCHANTILLON 2	
BLOOD/SANG			
PARTIAL SAMPLE/ ÉCHANTILLON PARTIEL			
URINE			
(ADDITIONAL SAMPLE • ÉCHANTILLON ADDITIONNEL)			
<p>DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST SIX MONTHS.</p> <p>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 ET LES GLUCOCORTICOIDES, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION REÇUE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.</p>			
CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL) • CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE (OPTIONNEL)		SIGNATURE	

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

COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.			
I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES • JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLON S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES			
URINE SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON D'URINE	ADDITIONAL SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL	URINE SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON D'URINE	ADDITIONAL SAMPLE WITNESS • TÉMOIN D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL
BLOOD COLLECTION OFFICER • AGENT DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN			
ATHLETE REPRESENTATIVE • REPRÉSENTANT DU SPORTIF			
DOPING CONTROL OFFICER • AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE			
<p>I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS 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.</p> <p>JE DÉCLARE QUE L'INFORMATION FOURNIE DANS CE DOCUMENT EST EXACTE. JE DÉCLARE, EN TENANT COMPTE DES COMMENTAIRES INSCRITS DANS LA SECTION 4, QUE LE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS S'EST DÉROULÉ EN CONFORMITÉ AVEC LES PROCÉDURES APPLICABLES. J'ACCÉPTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRÔLE DU DOPAGE, INCLUANT MAIS NON LIMITÉES AUX RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET AUX SANCTIONS POSSIBLES, PUISSENT ÊTRE PARTAGÉES AVEC LES ORGANISATIONS CORRESPONDANTES SELON LE CODE MONDIAL ANTIDOPAGE.</p>			
ATHLETE'S SIGNATURE SIGNATURE DU SPORTIF			

FRONT OF COPY 2

## 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 that I undertake to abide by them. I am being asked to read the following form to ensure that I am aware that my doping control related data will be used in anti-doping programs for 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 and as described in more detail in the Athlete Information Notice made available to me by my sporting federation or national anti-doping organization and on the World Anti-Doping Agency (WADA) website;
- 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 is committed to complying with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information;
- 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 or national sporting federations, major games organizers, 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](http://www.wada-ama.org)), as appropriate.

#### RELEASE

I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and 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 thus the processing of my Doping Control related data as described in this form.

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 those anti-doping procedures mandated by the World Anti-Doping Code (the Code) and could exclude me from further participation in organized sporting events and may 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 that I expressly consent to the processing of my Doping Control related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU SPORTIF

### Données relatives au contrôle du dopage

**Je reconnais avoir pris connaissance des règles antidopage de mon organisation antidopage, je consens à y adhérer et je m'engage à les respecter.**

**Il m'est demandé de lire 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 et tel que décrit en détail dans la Notice d'information du sportif mise à ma disposition par ma fédération sportive ou mon organisation nationale antidopage et sur le site Web de l'Agence Mondiale Antidopage (l'AMA);
- Les données relatives au contrôle du dopage me concernant seront collectées par l'autorité responsable du contrôle identifiée dans ce formulaire; cette autorité aura la responsabilité d'assurer la protection de mes données et de se conformer au Standard international pour la protection des renseignements personnels;
- 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 nationales ou internationales sportives, organisateurs de grandes manifestations sportives et l'AMA). Les laboratoires accrédités par l'AMA auront également accès 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 droit au respect de la vie privée peut ne pas être équivalente à celle de mon propre pays;
- Conformément au Standard international nommé ci-dessus et en vertu des législations applicables, je dispose de droits en rapport avec les 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](http://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, de toute responsabilité en relation avec le traitement dans ADAMS des données relatives au contrôle du dopage et renonce à toute prétention (dommage, 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 dès lors au traitement des données relatives au contrôle du dopage me concernant, tel que décrit dans ce formulaire.

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 mondial antidopage (le Code). 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 disqualification des compétitions dans lesquelles ma participation est programmée ou invalidation des résultats obtenus dans des compétitions antérieures.

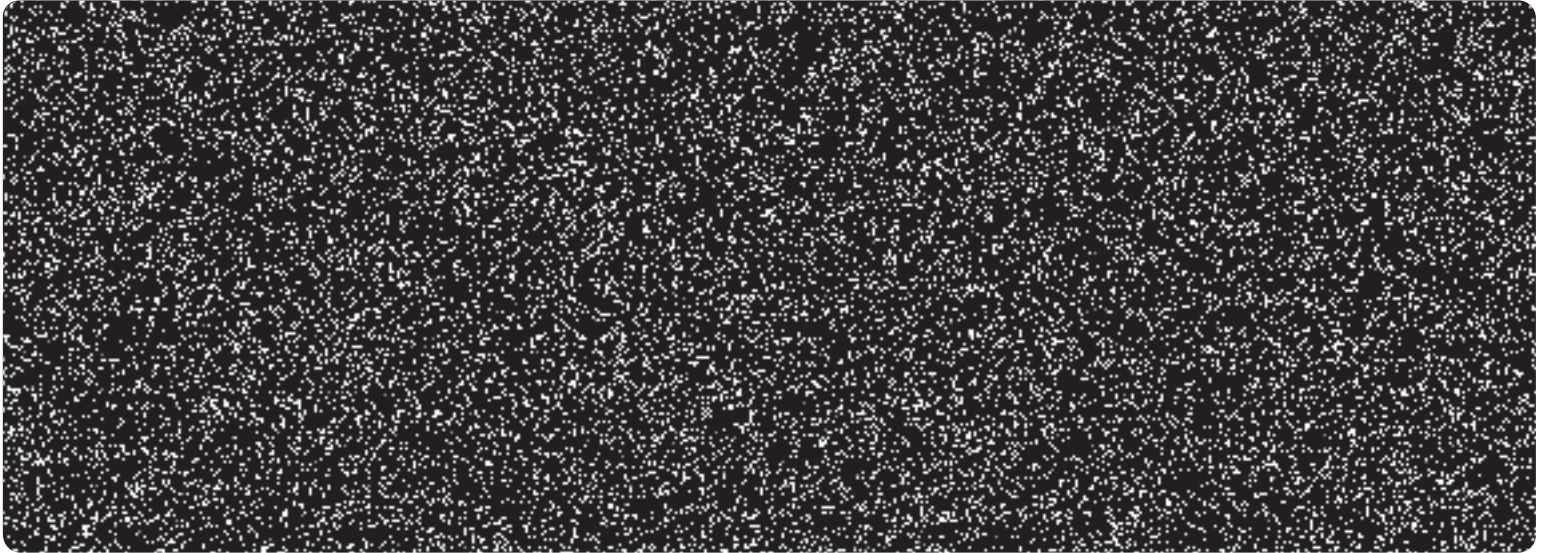
#### AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En signant le présent formulaire, 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.

# DOPING CONTROL FORM FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

## 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF



## 3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

OUT OF COMPETITION HORS COMPÉTITION <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION HEURE D'ARRIVÉE À LA STATION DE CONTRÔLE DU DOPAGE	DATE OF TEST DATE DU CONTRÔLE	DD / JJ	MM	YYYY / AAAA	GENDER SEXE	M	F	TEST MISSION CODE • CODE DE MISSION DE CONTRÔLE
-----------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------	----	-------------	----------------	---	---	-------------------------------------------------

SAMPLE 1 • ÉCHANTILLON 1				SAMPLE 2 • ÉCHANTILLON 2			
BLOOD/SANG	N/A <input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOOD SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG				BLOOD SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG			
TIME • HEURE				TIME • HEURE			



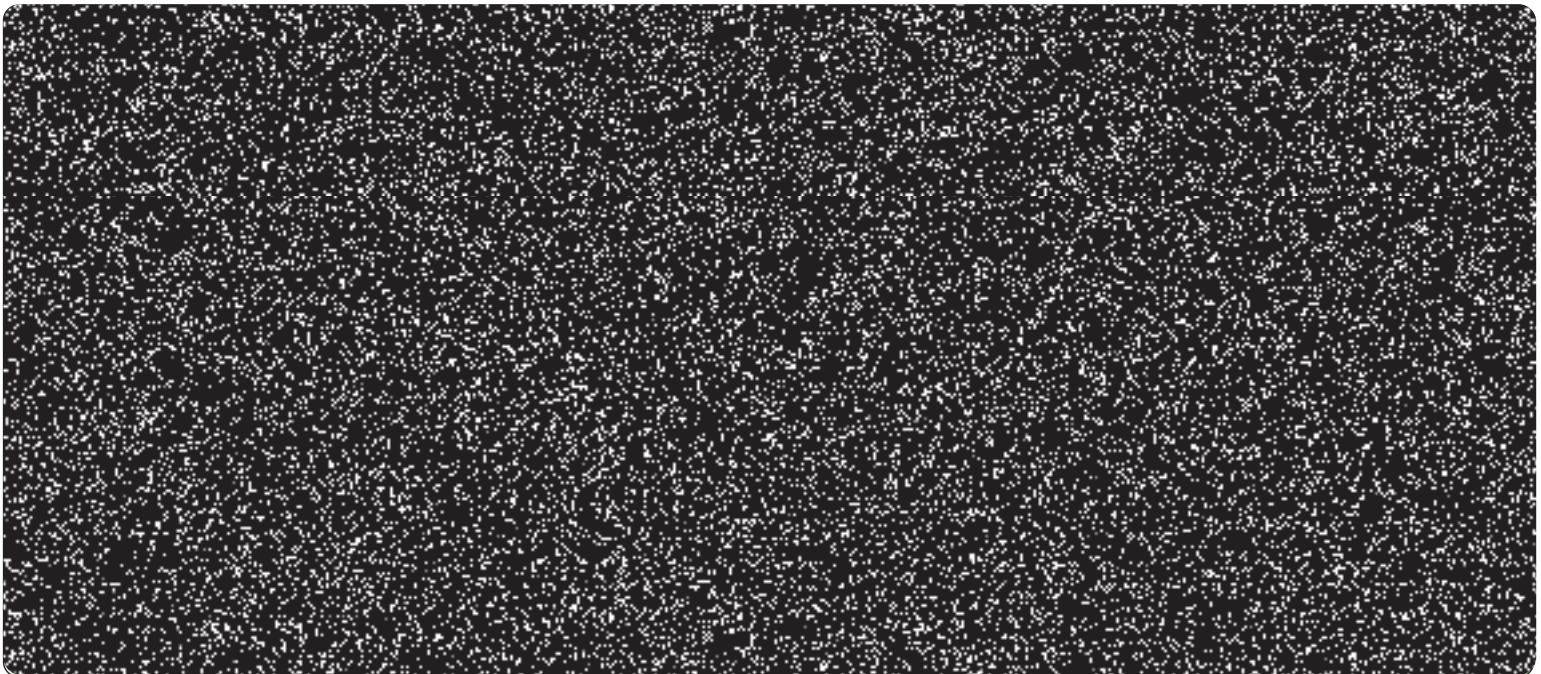
URINE	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOL. (ml)	<input type="checkbox"/>	TIME SEALED • SCÈLLE À (HEURE)	SPECIFIC GRAVITY DENSITÉ	1   0
ADDITIONAL SAMPLE • ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		N/A <input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIME SEALED • SCÈLLE À (HEURE)	SPECIFIC GRAVITY DENSITÉ	1   0
ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL	

**DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS:** LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST SIX MONTHS.  
**DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES:** INDIQUER LES MÉDICAMENTS PRESCRITS / NON PRESCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BETA-2 AGONISTES ET LES GLUCOCORTICOIDES, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION REÇUE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.

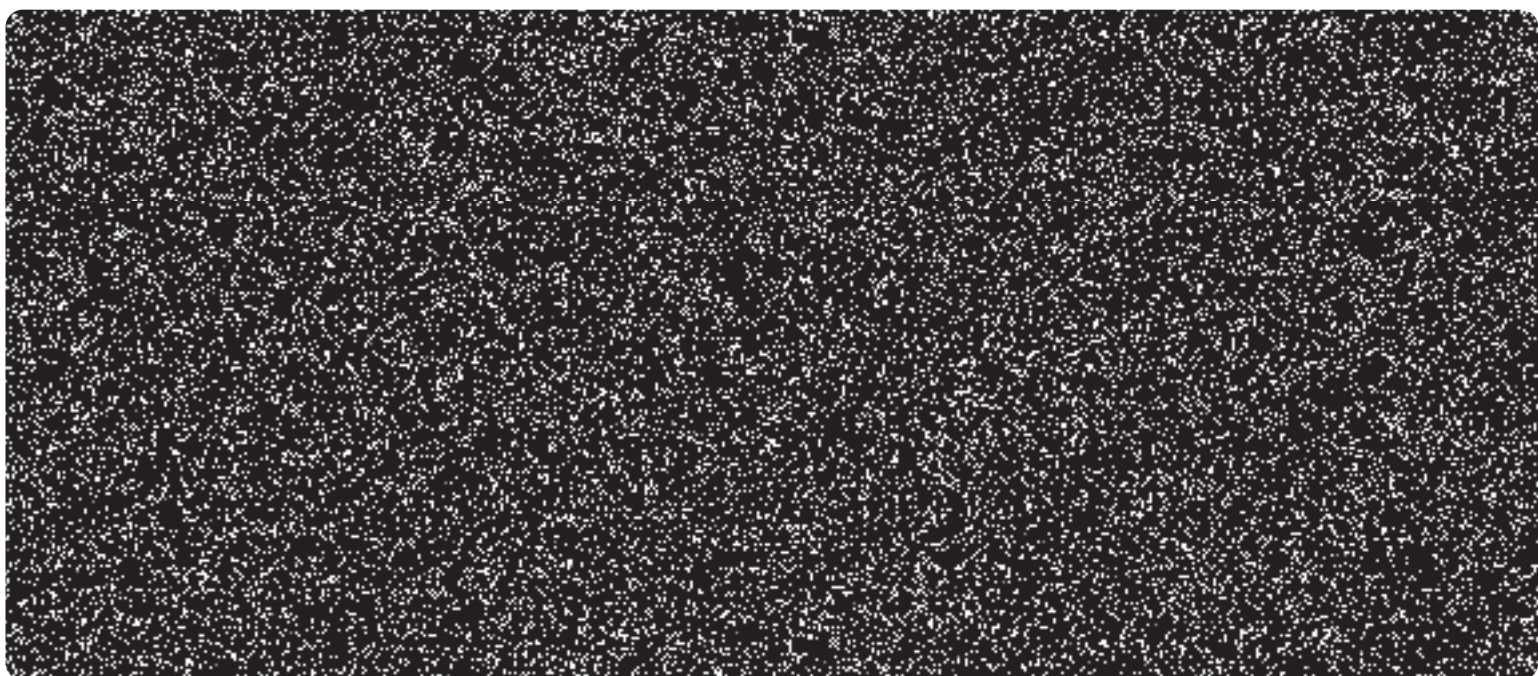
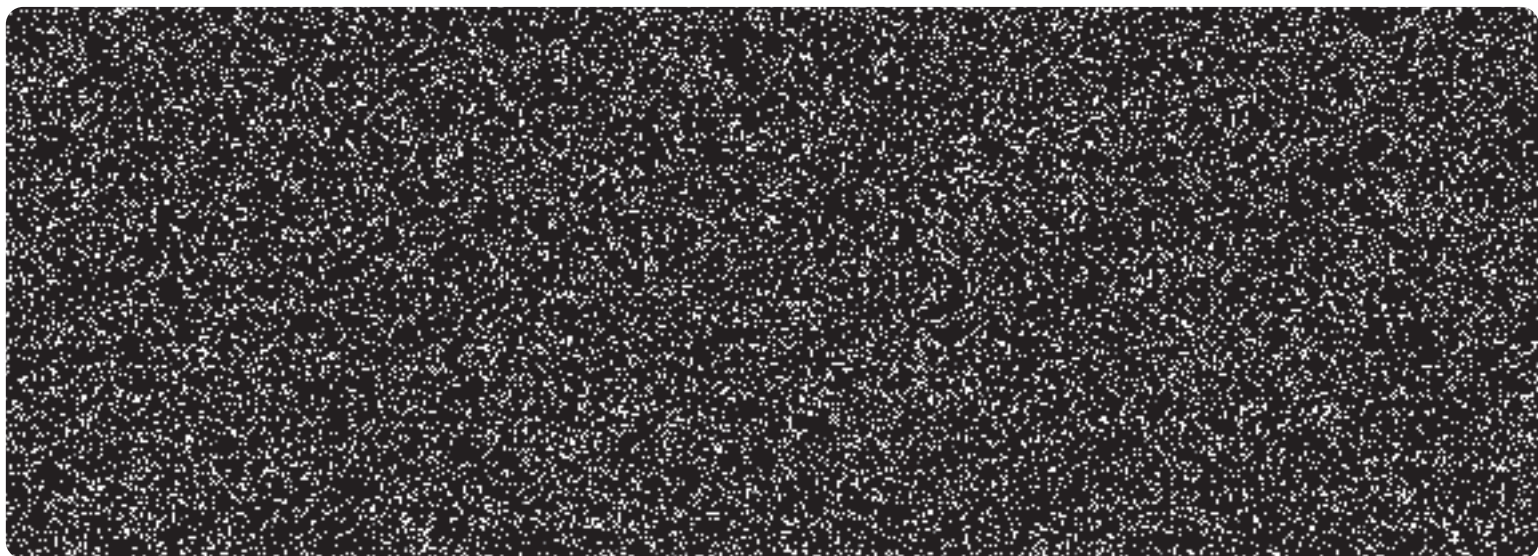
**CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL) • CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE (OPTIONNEL)**  
IN ORDER TO HELP COMBAT DOPING IN SPORT, BY SIGNING BELOW I AGREE THAT MY SAMPLE MAY BE USED FOR ANTI-DOPING RESEARCH PURPOSES. WHEN ALL ANALYSES HAVE BEEN COMPLETED, AND MY SAMPLE WOULD OTHERWISE BE DISCARDED, IT MAY 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.  
AFIN DE CONTRIBUER À LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE DANS LE SPORT, J'ACCEPTE, EN SIGNANT CI-DESSOUS, 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.

SUPPLEMENTARY REPORT FORM? FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE?	N/A <input type="checkbox"/>	NUMBER • NUMÉRO	<input type="checkbox"/>
I ACCEPT J'ACCEPTE	<input type="checkbox"/>	I REFUSE JE REFUSE	<input type="checkbox"/>

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



FRONT OF COPY 3

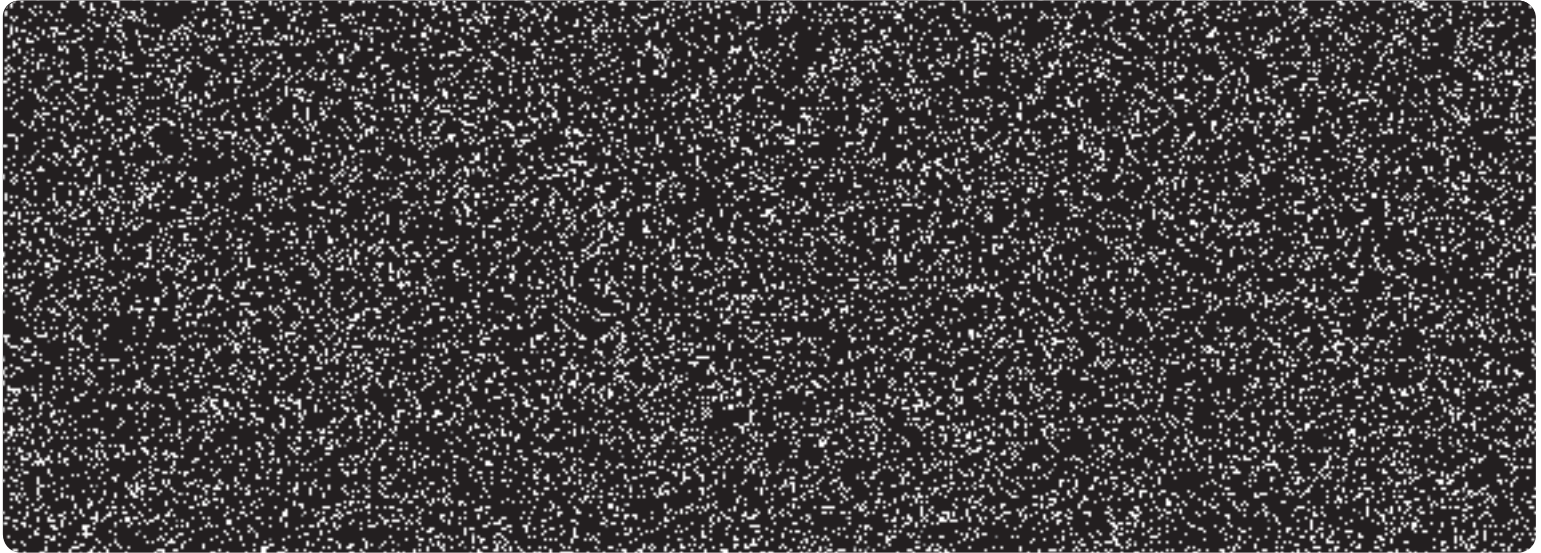




# DOPING CONTROL FORM FORMULAIRE DE CONTRÔLE DU DOPAGE

TEST AUTHORISED BY CONTRÔLE AUTORISÉ PAR	
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY AUTORITÉ DE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLONS	
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY AUTORITÉ DE GESTION DES RESULTANTS	

## 1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF



## 3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

OUT OF COMPETITION HORS COMPÉTITION <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION HEURE D'ARRIVÉE À LA STATION DE CONTRÔLE DU DOPAGE	DATE OF TEST DATE DU CONTRÔLE	DD / JJ	MM	YYYY / AAAA	GENDER SEXE	M	F	TEST MISSION CODE • CODE DE MISSION DE CONTRÔLE
-----------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------	----	-------------	----------------	---	---	-------------------------------------------------

SAMPLE 1 • ÉCHANTILLON 1				SAMPLE 2 • ÉCHANTILLON 2			
BLOOD/SANG	N/A <input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOOD SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG				BLOOD SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG			
TIME • HEURE				TIME • HEURE			



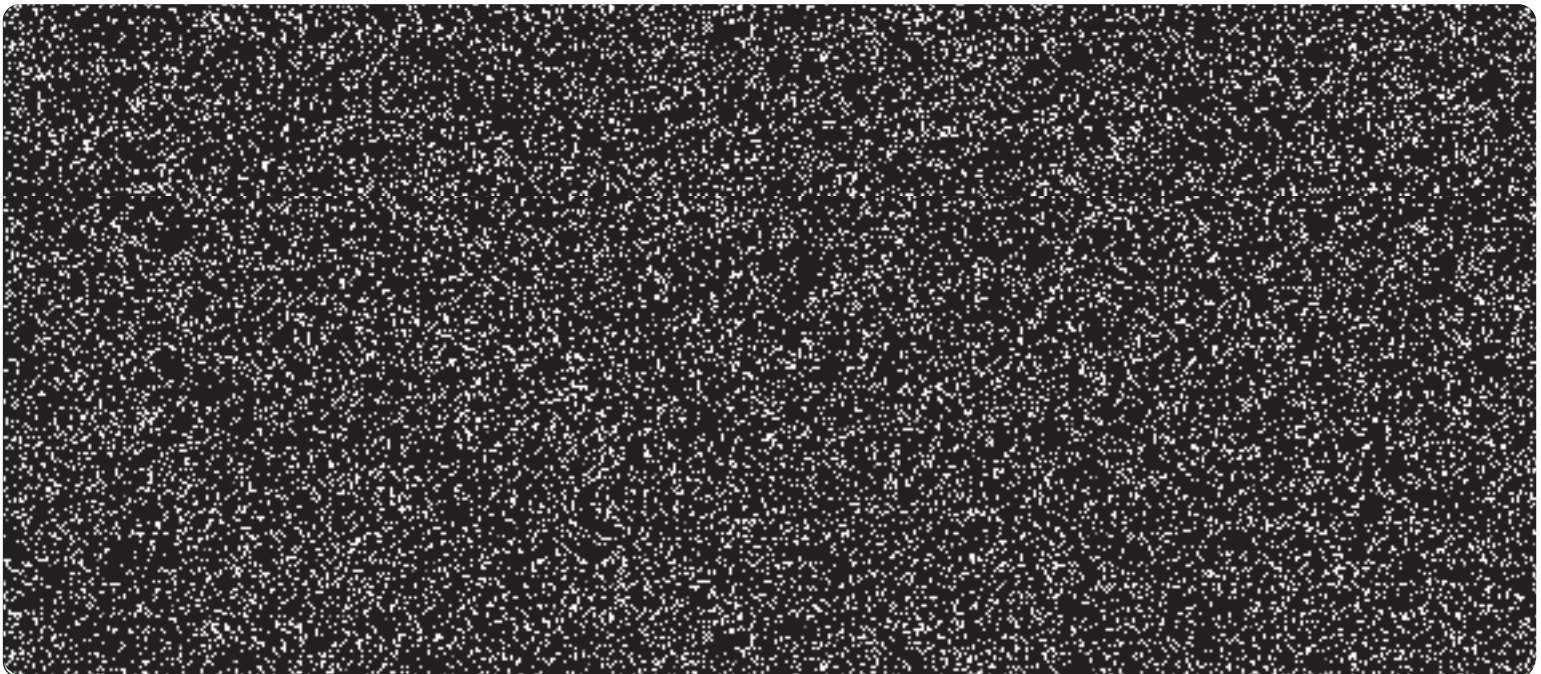
URINE	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VOL. (ml)	<input type="checkbox"/>	TIME SEALED • SCÈLLE À (HEURE)	SPECIFIC GRAVITY DENSITÉ	1   0
ADDITIONAL SAMPLE • ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		N/A <input type="checkbox"/>	A/B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIME SEALED • SCÈLLE À (HEURE)	SPECIFIC GRAVITY DENSITÉ	1   0
ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL		ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER • NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL	

**DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS:** LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST SIX MONTHS.  
**DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES:** INDIQUER LES MÉDICAMENTS PRESCRITS / NON PRESCRITS OU LES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, Y COMPRIS PAR EXEMPLE, LES BÉTA-2 AGONISTES ET LES GLUCOCORTICOIDES, PRIS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS (INDIQUER LA DOSE SI POSSIBLE) AINSI QUE TOUTE TRANSFUSION REÇUE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS.

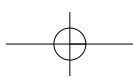
**CONSENT FOR RESEARCH (OPTIONAL) • CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE (OPTIONNEL)**  
IN ORDER TO HELP COMBAT DOPING IN SPORT, BY SIGNING BELOW I AGREE THAT MY SAMPLE MAY BE USED FOR ANTI-DOPING RESEARCH PURPOSES. WHEN ALL ANALYSES HAVE BEEN COMPLETED, AND MY SAMPLE WOULD OTHERWISE BE DISCARDED, IT MAY 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.  
AFIN DE CONTRIBUER À LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE DANS LE SPORT, J'ACCEPTE, EN SIGNANT CI-DESSOUS, 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.

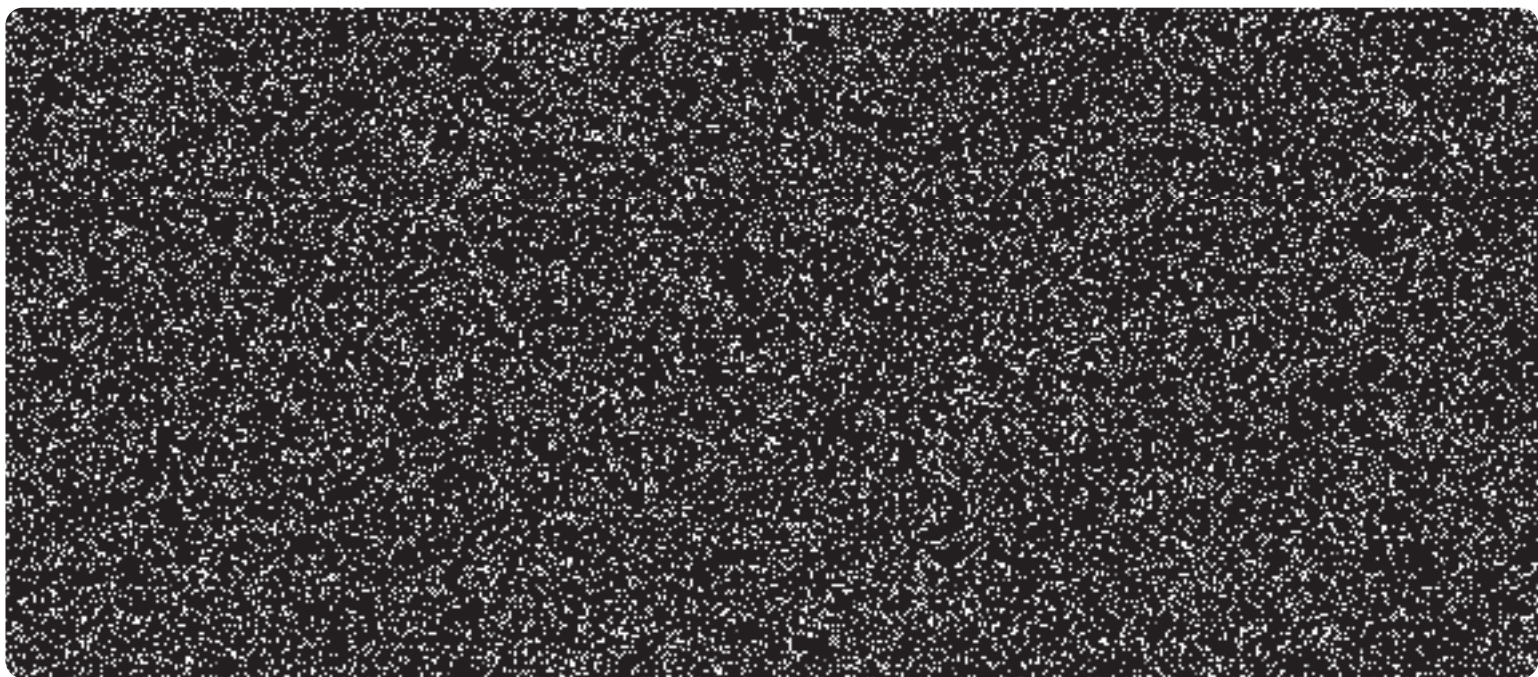
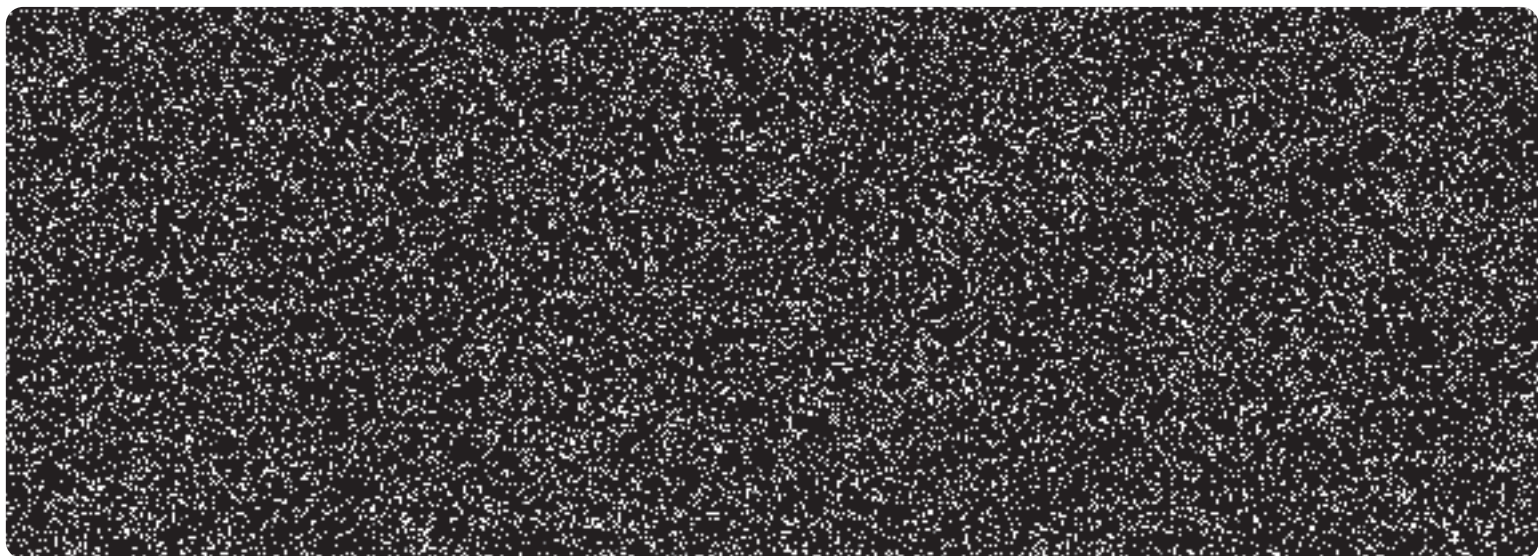
SUPPLEMENTARY REPORT FORM? FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE?	N/A <input type="checkbox"/>	NUMBER • NUMÉRO	<input type="checkbox"/>
I ACCEPT J'ACCEPTE	<input type="checkbox"/>	I REFUSE JE REFUSE	<input type="checkbox"/>

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



FRONT OF COPY 4





BACK OF COPY 4

□  
+