

# **Fédération internationale de Va'a**

*Comité médical*

## Formulaire de déclaration antidopage pour les payeurs

Objectif :

Obtenir un sport sans dopage à tous les niveaux de compétition par la Fédération Internationale de Va'a (IVF) et ses membres.

Déclaration :

Moi \_\_\_\_\_ (Nom en lettre majuscule) \_\_\_\_\_ (Prénom)

Choisissez un des paragraphes ci-dessous :

\_\_\_\_\_ déclare que je ne prends aucun produit dopant, ni n'utilise aucune méthode décrite dans le Règlement de contrôle antidopage de la Fédération internationale de Va'a et dans le code de l'Agence mondiale antidopage.

\_\_\_\_\_ déclare que je suis un payeur classé Elite et que je ne prends pas de produit dopant, ni n'utilise aucune des méthodes décrites dans le Règlement de contrôle antidopage de la Fédération internationale Va'a et dans le Code de l'Agence mondiale antidopage sans l'autorisation préalable du Comité médical de la FIV par le biais d'une AUT.

\_\_\_\_\_ déclare que je prends, à des fins thérapeutiques uniquement, une substance autrement interdite ou que j'utilise une méthode décrite dans le Règlement de contrôle antidopage de la Fédération internationale Va'a et dans le Code de l'Agence mondiale antidopage. En tant qu'athlète classé Club, je ne suis pas tenu de déposer une AUT auprès du comité médical.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Remarque :

Ce formulaire doit être rempli lors de l'inscription par TOUS LES PAGAYEURS - même ceux qui ont demandé une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT). Ce formulaire doit être envoyé au Comité Médical FIV par votre Coordinateur Régional.

Comité médical  
Fédération internationale de Va'a