

1. ATHLETE INFORMATION • INFORMATION CONCERNANT LE SPORTIF

FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE: _____ GIVEN NAME / PRÉNOM: _____ DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE: DD / JJ MM YYYY / AAAA

NATIONALITY / NATIONALITÉ: _____ SPORT DISCIPLINE: VOLLEYBALL DISCIPLINE: BVB VB

ADDRESS / DRESSSE: 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: _____

ATHLETE ID PROVIDED? / PIÈCE D'IDENTITÉ DU SPORTIF: YES - OUI NO - NON DOCUMENT TYPE / TYPE DE DOCUMENT: _____ DOCUMENT NUMBER / NUMÉRO DE DOCUMENT: _____

2. NOTIFICATION • NOTIFICATION

TYPE OF TEST REQUIRED / TYPE DE CONTRÔLE REQUIS: URINE BLOOD-SANG DATE: DD / JJ MM YYYY / AAAA COUNTRY / PAYS: _____ CITY / VILLE: _____ TIME / HEURE: _____

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 ET 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) QU'IL(S) REQUIS (JE COMPRENDS QUE LE REFUS OU LE FAIT DE ME SOUSTRAIRE À FOURNIR UN ÉCHANTILLON CONSTITUE UNE VIOLATION DES RÈGLES ANTIDOPAGE).

COMPETITION NAME: _____ DCO/CHAPERONE NAME / NOM DE L'ACO/ESCORTE: _____ DCO/CHAPERONE SIGNATURE / SIGNATURE DE L'ACO/ESCORTE: _____ MATCH NUMBER: _____

ATHLETE'S SIGNATURE / SIGNATURE DU SPORTIF: _____

3. INFORMATION FOR ANALYSIS • INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE

OUT OF COMPETITION / HORS COMPÉTITION: IN COMPETITION / EN COMPÉTITION: DATE OF TEST / DATE DU CONTRÔLE: DD / JJ MM YYYY / AAAA GENDER / SEXE: M F TEST MISSION CODE / CODE DE MISSION DE CONTRÔLE: _____

ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION / HEURE D'ARRIVÉE À LA STATION DE CONTRÔLE DU DOPAGE: _____

SAMPLE 1 • ÉCHANTILLON 1: BLOOD/SANG N/A A/B _____ BLOOD SAMPLE CODE NUMBER / NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG: _____ TIME / HEURE: _____

SAMPLE 2 • ÉCHANTILLON 2: BLOOD/SANG N/A A/B _____ BLOOD SAMPLE CODE NUMBER / NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON DE SANG: _____ TIME / HEURE: _____

PARTIAL SAMPLE / ÉCHANTILLON PARTIEL: N/A PARTIAL SAMPLE NUMBER / NUMÉRO D'ÉCHANTILLON PARTIEL: _____ VOL. (ml): _____ TIME SEALED / SCÉLÉ À (HEURE): _____ ATHLETE / DCO INITIALS / INITIALES DU SPORTIF / ACO: _____

URINE A/B _____ VOL. (ml): _____ TIME SEALED / SCÉLÉ À (HEURE): _____ SPECIFIC GRAVITY / DENSITÉ: 1.0 _____

(ADDITIONAL SAMPLE • ÉCHANTILLON ADDITIONNEL): N/A ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER / NUMÉRO DE CODE D'ÉCHANTILLON ADDITIONNEL: _____ VOL. (ml): _____ TIME SEALED / SCÉLÉ À (HEURE): _____ SPECIFIC GRAVITY / DENSITÉ: 1.0 _____

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 THREE MONTHS.
DECLARATION D'USAGE DE MÉDICAMENTS ET DE TRANSFUSIONS SANGUINES: INDIQUEZ 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 3 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'ACCÉPTE, 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 DEVIENDRAIT 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 NUMBER / NUMÉRO: _____

I ACCEPT / J'ACCÉPTE I REFUSE / JE REFUSE

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.
COMMENTAIRES: TOUS LES COMMENTAIRES DEVRAIENT ÊTRE INSCRITS ICI. AU BESOIN, UTILISER LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE.

SUPPLEMENTARY REPORT FORM? / FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE? N/A NUMBER / NUMÉRO: _____

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: NAME / NOM: _____ SIGNATURE: _____

BLOOD COLLECTION OFFICER • AGENT DE PRÉLÈVEMENT SANGUIN: NAME / NOM: _____ SIGNATURE: _____

ATHLETE REPRESENTATIVE • REPRÉSENTANT DU SPORTIF: NAME / NOM: _____ POSITION / FONCTION: _____ SIGNATURE: _____

DOPING CONTROL OFFICER • AGENT DE CONTRÔLE DU DOPAGE: NAME / NOM: _____ SIGNATURE: _____ DATE: DD / JJ MM YYYY / AAAA TIME OF COMPLETION / COMPLÉTÉ À (HEURE): _____

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.
I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS.

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.
J'AI LU ET COMPRIS LE TEXTE AU VERSO ET JE CONSENS AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES PERSONNELLES PAR ADAMS.

ATHLETE'S SIGNATURE / SIGNATURE DU SPORTIF: _____