

**Art. 17.** L'article 22 du décret du 20 décembre 2013 contenant diverses mesures d'accompagnement du budget 2014 est abrogé.

**Art. 18.** Le présent décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 30 novembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand, Ministre flamand de la Politique étrangère  
et du Patrimoine immobilier,  
G. BOURGEOIS

La Ministre flamande de l'Administration intérieure, de l'Insertion civique, du Logement,  
de l'Égalité des Chances et de la Lutte contre la Pauvreté,  
L. HOMANS

—  
Note

(1) *Session 2018-2019*

Documents : – Projet de décret : 1693 – N° 1

Rapport : 1693 – N° 2

Amendements proposés après introduction du rapport : 1693 – N° 3

Texte adopté en séance plénière : 1693 – N° 4

Annales - Discussion et adoption : Séance du 21 novembre 2018.

---

## VLAAMSE OVERHEID

### Cultuur, Jeugd, Sport en Media

[C – 2018/15385]

#### 11 DECEMBER 2018. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de formulieren voor de aanvraag van een toestemming wegens therapeutische noodzaak

DE VLAAMSE MINISTER VAN WERK, ECONOMIE, INNOVATIE EN SPORT,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der Instellingen, artikel 20;

Gelet op het Antidopingdecreet van 25 mei 2012, artikel 10, § 6, eerste lid, vervangen bij het decreet van 19 december 2014, artikel 15, § 4, vervangen bij het decreet van 19 december 2014, en artikel 19, § 5, gewijzigd bij het decreet van 19 december 2014;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 13 februari 2015 houdende uitvoering van het Antidopingdecreet van 25 mei 2012, artikel 9, § 1, tweede lid, artikel 9, § 2, derde lid, artikel 24, eerste lid, artikel 37, § 1, eerste lid, artikel 37, § 4, artikel 64, § 3, vierde lid, en artikel 96, § 1, eerste lid;

Gelet op het ministerieel besluit van 3 februari 2015 houdende vaststelling van het model van verslag ter naleving van de disciplinaire maatregelen overeenkomstig het Antidopingdecreet van 25 mei 2012;

Gelet op het ministerieel besluit van 18 maart 2015 tot vaststelling van het oproepings- en aanvullend formulier bij dopingcontroles en de formulieren die gebruikt moeten worden voor de aanvraag, toekenning en weigering van een toestemming wegens therapeutische noodzaak,

Besluit :

**Artikel 1.** Het model van formulier voor een aanvraag van een TTN als vermeld in artikel 10 van het Antidopingdecreet van 25 mei 2012, is opgenomen in bijlage 1 die bij dit besluit is gevoegd.

De meertalige versie van het formulier, vermeld in het eerste lid, is opgenomen in bijlage 2 die bij dit besluit is gevoegd.

**Art. 2.** De volgende besluiten worden opgeheven:

1° het ministerieel besluit van 3 februari 2015 houdende vaststelling van het model van verslag ter naleving van de disciplinaire maatregelen overeenkomstig het Antidopingdecreet van 25 mei 2012;

2° het ministerieel besluit van 18 maart 2015 tot vaststelling van het oproepings- en aanvullend formulier bij dopingcontroles en de formulieren die gebruikt moeten worden voor de aanvraag, toekenning en weigering van een toestemming wegens therapeutische noodzaak, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 9 december 2015 en 15 juni 2016.

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

Brussel, 11 december 2018.

De Vlaamse minister van Werk, Economie, Innovatie en Sport,  
Ph. MUYTERS

Bijlage 1. Model van formulier voor een aanvraag van een TTN, vermeld in artikel 1, eerste lid

# Aanvraag “toestemming wegens therapeutische noodzaak” (TTN)



NADO Vlaanderen  
Arenbergstraat 5,  
1000 Brussel  
T 02 553 34 83  
E ttn@nado.vlaanderen

## Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS

De sporter moet de rubrieken 1, 4, 5 en 7 invullen ; de arts moet de afdelingen 2, 3, 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.

### 1. GEGEVENS VAN DE SPORTER

voor- en achternaam

.....

geboortedatum

DD

MM

JJJJ

geslacht

man

vrouw

straat en nummer

.....

postnummer en gemeente

.....

telefoonnummer

.....

e-mailadres

.....

Sport

.....

Sporttak / -discipline

.....

(inter)nationale  
sportorganisatie

.....

handicap  Ja, namelijk:

.....

Nee

### 2. MEDISCHE INFORMATIE

**Diagnose**

.....

.....

**Klinische verantwoording**

*Indien een toegelaten geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel.*

.....

**Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)****P. 2 van 5**

De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag gevoegd en er samen mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken bevatten. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen in te dienen. Die documenten, vermeld onder het opschrift "Medical information to support the decisions of TUECs" (Medische informatie tot staving van de beslissingen van de TTN-commissie), kunnen worden geraadpleegd door de zoekwoorden "Medical information" te kiezen op de website van het WADA (<https://www.wada-ama.org>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

**3. GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELLENGEBRUIK OF GEBRUIK METHODE(N)**

	Verboden substantie(s) (generische benaming)	Dosis	Toedieningswijze	Frequentie	Duur van de behandeling
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					

**4. VROEGEGERE AANVRAGEN**

Heeft u al eerder een TTN-aanvraag of TTN-aanvragen ingediend?  Ja  Neen

Voor welke substantie?

.....

.....

Bij wie?

.....

.....

Wanneer? .....

DD MM JJ

Beslissing ?  Goedgekeurd  Niet-goedgekeurd

## Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)

P. 3 van 5

**5. RETROACTIEVE AANVRAAG**

Is het een retroactieve aanvraag?

 Ja Neen

Indien ja, op welke datum bent u gestart met de behandeling (dd/mm/jjjj)?

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag hieronder aan te geven:

- Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoening was nodig
- Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden was er onvoldoende tijd of waren er onvoldoende mogelijkheden om een TTN-aanvraag in te dienen vóór de monsterneming.
- Aanvraag vóór gebruik van de substantie/methode(n) niet verplicht krachtens toepasselijke regels.
- Andere reden:

**6. VERKLARING VAN DE BEHANDELLENDE ARTS**

Ik ondergetekende bevestig hiermee dat de in de rubrieken 2 en 3 hierboven vermelde gegevens juist zijn, en dat de hierboven vermelde behandeling medisch verantwoord is.

voor- en achternaam

specialisme

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

*Druk in het vak hiernaast uw stempel af.*

datum DD MM JJJJ

handtekening

--

## Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)

P. 4 van 5

**7. VERKLARING VAN DE SPORTER**

Ik ondergetekende, ....., bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereld Anti-Doping Code en/of de internationale standaarden voor de toestemmingen wegens therapeutische noodzaak (\*).

Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk acht(en) om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.

Ik besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van de informatie over mijn gezondheid (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties om informatie over mijn

gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.

Ik laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.

Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie die inlichtingen en de beslissing betreffende die aanvraag worden meegedeeld, in een ander land dan mijn land kunnen verblijven. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik verblijf.

*(verder op volgende pagina)*

## Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)

P. 5 van 5

Ik weet dat ik, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

	sporter	ouder of wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige of gehandicapte sporter
datum	DD ..... MM ..... JJJJ .....	DD ..... MM ..... JJJJ .....
handtekening	.....	.....
voor- en achternaam	.....	.....
	Aantal bijlagen: .....	

**Gelieve het volledig ingevulde formulier naar ons te sturen via de volgende middelen:  
aangetekend schrijven, e-mail of ADAMS (u bewaart een afschrift voor u).**

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (Algemene Verordening Gegevensbescherming)

(\* ) Wat de verwerking van gezondheidsgegevens betreft, mogen deze uitsluitend door gezondheidsprofessionele verwerkt worden

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 11 december 2018 tot vaststelling van de formulieren voor de aanvraag van een toestemming wegens therapeutische noodzaak.

Brussel, 11 december 2018.

De Vlaamse minister van Werk, Economie, Innovatie en Sport,

Ph. MUYTERS

Bijlage 2. Model van meertalig formulier voor een aanvraag van een TTN, vermeld in artikel 1, tweede lid

**AANVRAAG «TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK» (TTN)**  
**DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)**  
**THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM**



**NADO**  
 NADO Vlaanderen  
 Arenbergstraat 5, 1000 Brussel  
 T 02 553 34 83  
 E tttn@nado.vlaanderen

**Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS**

De sporter moet de rubrieken 1, 4, 5 en 7 invullen ; de arts moet de afdelingen 2, 3, 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.

**Veillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.**

Le sportif doit compléter les sections 1, 4, 5 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 6. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.

**Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.**

The athlete must fill in sections 1, 4, 5 and 7; the physician must fill in sections 2, 3, 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

**1. GEGEVENS VAN DE SPORTER – RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF – ATHLETE INFORMATION**

Familiennaam - Nom de famille - Family name		Voornaam - Prénoms - Given names	
Geslacht - Sexe - Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V/F	Geboortedatum Date de naissance Date of Birth	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD/JJ MM JJJJ/AAAA/YYYY
Adres Adresse Address	Straat - Rue - Street / Nummer - Numéro - Number	Gemeente - Ville - City	Postnummer - Code postal - Postcode
Telefoonnummer (incl.landcode) - Tél. contact (incl. code pays) - Contact tel (incl. country code)		E-mailadres - Courriel - Email	
Sport		Sporttak - Discipline - Discipline	
Internationale of nationale sportorganisatie - Organisation sportive internationale ou nationale - International or national sport organisation			
Indien de atleet een handicap heeft, gelieve de handicap te vermelden - Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez préciser lequel - If athlete with a impairment, indicate the impairment			

**2. MEDISCHE INFORMATIE - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDICAL INFORMATION**

Diagnose - Diagnostic - Diagnosis
Indien een toegelaten geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel. Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide the clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag gevoegd en er samen mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken bevatten. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen in te dienen. Die documenten, vermeld onder het opschrift "Medical information to support the decisions of TUECS" (Medische informatie tot staving van de beslissingen van de TTN-commissie), kunnen worden geraadpleegd door de zoekwoorden "Medical information" te kiezen op de website van het WADA (<https://www.wada-ama.org>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande. L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des CAUT, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site Web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application. WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

**3. GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELEN/METHODE(IN) GEBRUIK - MÉDICAMENT(S)/MÉTHODE(S) CONCERNÉ(ES) - MEDICATION/METHOD(S) DETAILS**

	Verboden substantie(s) (generische benaming) Substance(s) interdite(s) (nom générique) Prohibited substance(s) (generic name)	Dosis Posologie Dose	Toedieningswijze Vois d'administration Route of Administration	Frequentie Fréquence d'administration Frequency	Duur van de behandeling Durée du traitement Duration of treatment
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					

**4. VROEGERE AANVRAGEN - DEMANDES ANTÉRIEURES - PAST REQUESTS**

Heeft u al eerder een TTN-aanvraag/TTN-aanvragen ingediend?  
Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?  
Have you submitted any previous TUE application(s)?

Ja - Oui - Yes  Neen - Non - No

Voor welke substantie? - Pour quelle substance? - For which substance?

Bij wie? - Auprès de qui? - To whom?

Wanneer?  
Quand?  
When?

DD/JJ	MM	JJII/AAAA/YYYY
-------	----	----------------

Beslissing? Décision?  
Decision?

Goedgekeurd - Acceptée  
- Approved  Niet-goedgekeurd - Refusée  
- Not approved

**5. RETROACTIEVE AANVRAAG - DEMANDE RÉTROACTIVE - RETROACTIVE APPLICATION**

Is het een retroactieve aanvraag?  
S'agit-il d'une demande rétroactive?  
Is this a retroactive application?

Ja - Oui - Yes  Neen - Non - No

Indien ja, op welke datum bent u gestart met de behandeling (dd/mm/jjjj)?  
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa)?  
If yes, on what date was the treatment started (dd/mm/yyyy)?

DD/JJ	MM	JJII/AAAA/YYYY
-------	----	----------------

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag hieronder aan te geven:  
Veuillez indiquer la raison de la demande rétroactive:  
Please indicate the reason why the application is retroactive:

- Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoening was nodig.  
Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire  
Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary.
- Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden was er onvoldoende tijd of waren er onvoldoende mogelijkheden om een TTN-aanvraag in te dienen vóór de monsterneming.  
En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon.  
Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit a application prior to sample collection.
- Aanvraag vóór gebruik van de substantie/methode(n) niet verplicht krachtens toepasselijke regels  
Demande avant utilisation de la substance/méthode non obligatoire en vertu des règles applicables.  
Request before using the non-compulsory substance/method in keeping with enforceable rules
- Andere reden  
Autre raison  
Other

**6. VERKLARING VAN DE BEHANDELLENDE ARTS - DÉCLARATION DU MÉDECIN - MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION**

Ik ondergetekende bevestig hiermee dat de in de rubrieken 2 en 3 hierboven vermelde gegevens juist zijn, en dat de hierboven vermelde behandeling medisch verantwoord is.

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

I certify that the information at sections 2 and 3 is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Naam en specialisme - Nom et spécialité médicale - Name and medical specialty



AANVRAAG «TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK» (TTN)  
 DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (AUT)  
 THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)

P 3/5

Adres Adresse Address	Straat - Rue - Street / Nummer - Numéro - Number		Gemeente - Ville - City	Postnummer - Code postal - Postcode
Telefoonnummer - Tél. contact - Phone number	Faxnummer - Télécopieur - Fax		E-mailadres - Courriel - Email	
Datum Date Date	DD/JJ	MM	JJJJ/AAAA/YYYY	
Handtekening van de behandelende arts - Signature du médecin - Signature of medical practitioner				

## 7. VERKLARING VAN DE SPORTER

Ik ondergetekende, ..... bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereld Anti-Doping Code en/of de internationale standaarden voor de toestemmingen wegens therapeutische noodzaak\*.

Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk acht(en) om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.

Ik besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van de informatie over mijn gezondheid (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties om informatie over mijn gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.

Ik laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.

Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie die inlichtingen en de beslissing betreffende die aanvraag worden meegedeeld, in een ander land dan mijn land kunnen verblijven. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik verblijf.

Ik weet dat ik, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

Datum          
 DD MM JJJJ

Handtekening van de sporter

Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de sporter.

Datum          
 DD MM JJJJ

Aantal bijlagen

Handtekening van de ouder/wettelijke vertegenwoordiger

**Gelieve het volledig ingevulde formulier naar ons te sturen via de volgende middelen: aangetekend schrijven, e-mail of ADAMS (u bewaart een afschrift voor u).**

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens.

(\*): Wat de verwerking van gezondheidsgegevens betreft, mogen deze uitsluitend door gezondheidsprofessionelen verwerkt worden.

## 7. DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, ..... certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 4 et 5 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques\*.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements ; (2) exercer mon droit d'accès et de correction ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels.

Date          
JJ MM AAAA

Signature du sportif

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Date          
JJ MM AAAA

Nombre d'annexes

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Veillez nous soumettre le formulaire dûment rempli par le moyen suivant: courrier recommandé, courrier électronique, ou via ADAMS (en conservant personnellement une copie)**

Vos données personnelles seront traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 de protection de la vie privée relatif au traitement de données à caractère personnel.

(\* ) En ce qui concerne le traitement des données relatives à la santé, celui-ci ne pourra s'effectuer que par des professionnels de la santé.

**7. ATHLETE'S DECLARATION**

I, ..... certify that the information set out at sections 1, 4 and 5 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-doping Code («Code») and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions\*.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used to evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary that TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not equivalent to those in my country of residence.

I understand that I believe my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for Protecting of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Date 

DD		MM		YYYY			

Athlete's signature

If the athlete Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.

Date 

DD		MM		YYYY			

Number of attachments

Parent's / guardian's signature

**Please submit the form duly completed through the following medium: registered mail, electronical mail, or via ADAMS (while keeping a personal copy of it).**

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 11 december 2018 tot vaststelling van de formulieren voor de aanvraag van een toestemming wegens therapeutische noodzaak.

Brussel, 11 december 2018.

De Vlaamse minister van Werk, Economie, Innovatie en Sport,  
Ph. MUYTERS

—————  
TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

Culture, Jeunesse, Sports et Médias

[C – 2018/15385]

**11 DECEMBRE 2018. — Arrêté ministériel fixant les formulaires pour la demande d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques**

LE MINISTRE FLAMAND DE L'EMPLOI, DE L'ECONOMIE, DE L'INNOVATION ET DES SPORTS,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'article 20;

Vu le décret antidopage du 25 mai 2012, l'article 10, § 6, alinéa premier, remplacé par le décret du 19 décembre 2014, article 15, § 4, remplacé par le décret du 19 décembre 2014, et l'article 19, § 5, modifié par le décret du 19 décembre 2014 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 février 2015 portant exécution du décret antidopage du 25 mai 2012, l'article 9, § 1, alinéa deux, l'article 9, § 2, alinéa trois, l'article 24, alinéa premier, l'article 37, § 1, alinéa premier, l'article 37, § 4, l'article 64, § 3, alinéa quatre, et l'article 96, § 1, alinéa premier ;

Vu l'arrêté ministériel du 3 février 2015 fixant le modèle de rapport en vue du respect des mesures disciplinaires conformément au décret antidopage du 25 mai 2012 ;

Vu l'arrêté ministériel du 18 mars 2015 établissant le formulaire de convocation et le formulaire complémentaire lors de contrôles de dopage et les formulaires qui doivent être utilisés pour la demande, l'octroi et le refus d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le modèle du formulaire pour une demande d'AUT telle que visée à l'article 10 du décret antidopage du 25 mai 2012, est repris dans l'annexe 1re qui est jointe au présent arrêté.

La version multilingue du formulaire, visé à l'alinéa premier, est reprise dans l'annexe 2 qui est jointe au présent arrêté.

**Art. 2.** Les arrêtés suivants sont abrogés :

1° l'arrêté ministériel du 3 février 2015 fixant le modèle de rapport en vue du respect des mesures disciplinaires conformément au décret antidopage du 25 mai 2012;

2° l'arrêté ministériel du 18 mars 2015 établissant le formulaire de convocation et le formulaire complémentaire lors de contrôles de dopage et les formulaires qui doivent être utilisés pour la demande, l'octroi et le refus d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques, modifié par les arrêtés ministériels du 9 décembre 2015 et 15 juin 2016.

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Bruxelles, 11 décembre 2018.

Le Ministre flamand de l'Emploi, de l'Economie, de l'Innovation et des Sports,  
Ph. MUYTERS

## Annexe 1. Modèle du formulaire pour une demande d'AUT, visé à l'article 1, alinéa premier

## Aanvraag "toestemming wegens therapeutische noodzaak" (TTN)



**Vlaamse  
overheid**  
NADO Vlaanderen  
Arenbergstraat 5,  
1000 Brussel  
T 02 553 34 83  
E ttn@nado.vlaanderen

**Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS**  
De sporter moet de rubrieken 1, 4, 5 en 7 invullen : de arts moet de afdelingen 2, 3, 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.

**1. GEGEVENS VAN DE SPORTER**

voor- en achternaam: \_\_\_\_\_

geboortedatum: \_\_\_\_\_

DD      MM      JJ

geslacht  man  vrouw

straat en nummer: \_\_\_\_\_

postnummer en gemeente: \_\_\_\_\_

telefoonnummer: \_\_\_\_\_

e-mailadres: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

Sporttak / -discipline: \_\_\_\_\_

Internationale sportorganisatie: \_\_\_\_\_

handicap  ja, namelijk: \_\_\_\_\_  
 Nee \_\_\_\_\_

**2. MEDISCHE INFORMATIE**

**Diagnose**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Klinische verantwoording**

*Indien een toegelaten geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)**  
P. 2 van 5

De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag gevoegd en er samen mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvormingonderzoeken bevatten. Als dat mogelijk is, voegt u kopieën van originele verslagen of brieven toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-aantoonbare aandoeningen voegt u een onafhankelijke ondersteunende medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TTN-aanvragen in te dienen. Die documenten, vermeld onder het opschrift "Medical information to support the decisions of TUECs" (Medische informatie tot staving van de beslissingen van de TTN-commissie), kunnen worden geraadpleegd door de zoekwoorden "Medical information" te kiezen op de website van het WADA (<https://www.wada-ama.org>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.

**3. GEGEVENS OVER HET GENEESMIDDELENGEBRUIK OF GEBRUIK METHODE(N)**

	Verboden substantie(s) (generische benaming)	Dosis	Toedieningswijze	Frequentie	Duur van de behandeling
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					

**4. VROEGEGERE AANVRAGEN**

Heeft u al eerder een TTN-aanvraag of TTN-aanvragen ingediend?  Ja  Neen

Voor welke substantie?	----- ----- -----
Bij wie?	----- -----

Wanneer?    DD    MM    JJ    Beslissing?  Goedgekeurd  Niet-goedgekeurd

**5. RETROACTIEVE AANVRAAG**

Is het een retroactieve aanvraag?  Ja  Neen

Indien ja, op welke datum bent u gestart met de behandeling (dd/mm/jjjj)?

Gelieve de reden van de retroactieve aanvraag hieronder aan te geven:

- Spoedbehandeling of behandeling van een acute medische aandoening was nodig
- Wegens andere uitzonderlijke omstandigheden was er onvoldoende tijd of waren er onvoldoende mogelijkheden om een TTN-aanvraag in te dienen vóór de monstername.
- Aanvraag vóór gebruik van de substantie(methode)n niet verplicht krachtens toepasselijke regels.
- Andere reden:

-----  
-----  
-----

**6. VERKLARING VAN DE BEHANDELENDE ARTS**

Ik ondergetekende bevestig hiermee dat de in de rubrieken 2 en 3 hierboven vermelde gegevens juist zijn, en dat de hierboven vermelde behandeling medisch verantwoord is.

voor- en achternaam

specialisme

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

Druk in het vak hiernaast uw stempel af

datum dd mm jjjj

handtekening

**7. VERKLARING VAN DE SPORTER**

Ik ondergetekende, ....., bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereld Anti-Doping Code en/of de internationale standaarden voor de toestemmingen wegens therapeutische noodzaak (\*).

Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk acht(en) om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.

Ik besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels.

Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van de informatie over mijn gezondheid (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties om informatie over mijn

gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp, en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd verstrekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.

Ik laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.

Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie die inlichtingen en de beslissing betreffende die aanvraag worden meegedeeld, in een ander land dan mijn land kunnen verblijven. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik verblijf.

*(verder op volgende pagina)*



**Aanvraag toestemming therapeutische noodzaak (TTN)**  
P. 5 van 5

Ik weet dat ik, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.

<b>sporter</b>	<b>ouder of wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige of gehandicapte sporter</b>
datum	datum
handtekening	handtekening
voor- en achternaam	voor- en achternaam

Aantal bijlagen: .....

**Gelieve het volledig ingevulde formulier naar ons te sturen via de volgende middelen:  
aangetekend schrijven, e-mail of ADAMS lu bewaart een afschrift voor u!**

Uw persoonsgegevens worden verwerkt conform Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (Algemene Verordening Gegevensbescherming)

(\*) Wat de verwerking van gezondheidsgegevens betreft, mogen deze uitsluitend door gezondheidsprofessionele verwerkt worden


Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 11 décembre 2018 fixant les formulaires pour la demande d' une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Bruxelles, 11 décembre 2018

Le Ministre flamand de l'Emploi, de l'Economie, de l'Innovation et des Sports

Philippe MUYTERS

Annexe 2. Modèle du formulaire, version multilingue, pour une demande d'AUT, visé à l'article 1, alinéa deux

<b>AANVRAAG «TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK» (TTN)</b> <b>DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES (AUT)</b> <b>THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE) APPLICATION FORM</b>		 <b>NADO</b> NADO Vlaanderen Arenbergstraat 5, 1000 Brussel t 02 563 34 88 e ttn@nado.vlaanderen	
<p style="text-align: center;"><b>Gelieve alle rubrieken in te vullen in DRUKLETTERS</b></p> <p>De sporter moet de rubrieken 1, 4, 5 en 7 invullen ; de arts moet de afdelingen 2, 3, 6 invullen. Onleesbare of onvolledige aanvragen zullen worden teruggestuurd en zullen in een leesbare vorm en volledig opnieuw moeten worden ingediend.</p> <p style="text-align: center;"><b>Veillez compléter toutes les sections EN MAJUSCULES ou en caractères d'imprimerie.</b></p> <p>Le sportif doit compléter les sections 1, 4, 5 et 7 ; le médecin doit compléter les sections 2, 3 et 6. Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau sous une forme lisible et complète.</p> <p style="text-align: center;"><b>Please complete all sections IN CAPITAL LETTERS or typing.</b></p> <p>The athlete must fill in sections 1, 4, 5 and 7, the physician must fill in sections 2, 3, &amp; 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.</p>			
<b>1. GEGEVENS VAN DE SPORTER – RENSEIGNEMENTS SUR LE SPORTIF – ATHLETE INFORMATION</b>			
Familienaam + Nom de famille + Family name <input type="text"/>		Voornaam + Prénoms + Given names <input type="text"/>	
Geslacht + Sexe - Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		Geboortedatum Date de naissance Date of Birth DD / MM / JAAR/JAARREN	
Adres Adresse Address Straat + Rue + Street / Nummer + Numéro + Number		Gemeente + Ville + City Postcode + Code postal + ZIPCODE	
Telefoonnummer: inclus landcode + Tél. contact incl. code pays - Contact tel. incl. country code		E-mailadres + Courriel + Email <input type="text"/>	
Sport <input type="text"/>		Sportnaam + Discipline + Discipline <input type="text"/>	
Internationale of Nationale sportorganisatie - Organisation sportive internationale ou nationale - International or national sport organisation <input type="text"/>			
Indien de atleet een handicap heeft, geef de handicap te vermelden - Lorsque l'athlète présente un handicap, veuillez indiquer lequel - If athlete with a impairment, indicate the impairment <input type="text"/>			
<b>2. MEDISCHE INFORMATIE - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - MEDICAL INFORMATION</b>			
Diagnose + Diagnostic + Diagnosis <input type="text"/>			
Indien een specifiek geneesmiddel kan worden gebruikt om de pathologie te behandelen, geef de klinische verantwoording voor het aangevraagde gebruik van het verboden geneesmiddel. Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la pathologie, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide the clinical justification for the requested use of the prohibited medication.			
<p>De gegevens die de diagnose bevestigen, worden bij deze aanvraag geëist en er latten mee opgestuurd. Het medisch bewijs moet een uitgebreide medische geschiedenis en de resultaten van alle relevante onderzoeken, laboratorium- en medische beeldvorming/onderzoek bevatten. Als dat mogelijk is, voeg te copien van originele verslagen of afbeelden toe. Het bewijs moet zo objectief mogelijk zijn in de klinische omstandigheden. In geval van niet-herkenbare aandoeningen voeg te een onafhankelijke onafhankelijke medische opinie bij deze aanvraag. Het WADA houdt een reeks richtlijnen bij die nuttig kunnen zijn voor artsen om volledige en gedetailleerde TUE aanvragen in te dienen. Die documenten, samen met onder het opschrift "Medical information" te vinden op de website van het WADA (<a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a>). Die richtlijnen hebben betrekking op de diagnose en de behandeling van een groot aantal aandoeningen die sporters vaak treffen en waarvoor een behandeling met verboden stoffen noodzakelijk is.</p> <p>Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinentes. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou autres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à reconnaître, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande. L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés "Informations médicales pour déclarer les décisions des CAUT", en saisissant le terme de recherche "Informations médicales" sur le site Web de l'AMA (<a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a>). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.</p> <p>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports of letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-recognizable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application. WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical information" on the WADA website (<a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a>). The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.</p>			



AANVRAAG TOESTEMMING WEGENS THERAPEUTISCHE NOODZAAK (TTN) DEMANDE D'AUTHORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (MUTI) THERAPEUTIC USE EXEMPTION (TUE)			P 3/5
Adres Address	Straat + huis + straat / nummer + numéro + number	Gemeente + WB + City	Telefoonnummer + telefoon + number
Telefoonnummer + Télécoïnat + phone number	Faxnummer + Télécopieur + Fax	E-mailadres + Courriel + Email	
Datum Date	JAAR    MA    DAAGSCHT	Handtekening van de behandelende arts - Signature du médecin - Signature of medical practitioner	
7. VERKLARING VAN DE SPORTER			
<p>Ik, ondergetekende, _____, bevestig dat de in de rubrieken 1, 4 en 5 vermelde inlichtingen juist zijn. Ik geef toestemming voor het meedelen van mijn persoonlijke medische informatie aan het bevoegde personeel van de antidopingorganisatie (ADO) en van het WADA, aan de commissie voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van het WADA en aan andere commissies voor toestemming wegens therapeutische noodzaak van ADO's en aan het bevoegde personeel dat het recht zou kunnen hebben die informatie te kennen krachtens de Wereld Anti-Doping Code en/of de internationale standaarden voor de toestemmingen wegens therapeutische noodzaak<sup>2</sup>.</p> <p>Ik verleen mijn toestemming aan mijn arts(en) om de hierboven vermelde personen elke inlichting over mijn gezondheid mee te delen die ze als noodzakelijk achten om mijn aanvraag te onderzoeken en een beslissing te nemen.</p> <p>Ik besef dat die inlichtingen alleen zullen worden gebruikt om mijn TTN-aanvraag te beoordelen en in het kader van onderzoeken en procedures betreffende mogelijke overtredingen van antidopingregels.</p> <p>Ik begrijp dat ik, als ik (1) meer informatie wens te verkrijgen betreffende het gebruik van de informatie over mijn gezondheid (2) mijn recht op toegang en rechtzetting wens te gebruiken of (3) het recht van die organisaties om informatie over mijn gezondheid in te winnen, wens in te trekken, mijn behandelende arts en mijn antidopingorganisatie daar op de hoogte van moet brengen. Ik begrijp en geef ervoor toestemming, dat het noodzakelijk kan zijn dat die informatie betreffende de TTN die werd versprekt vóór de intrekking van mijn toestemming wordt bewaard met als enig doel een mogelijke overtreding van een antidopingregel vast te stellen, overeenkomstig de eisen van de Code.</p> <p>Ik laat toe dat de beslissing betreffende mijn aanvraag wordt meegedeeld aan alle antidopingorganisaties of andere organisaties, bevoegd voor de controles en/of het verwerken van de resultaten.</p> <p>Ik begrijp en aanvaard dat de personen aan wie die inlichtingen en de beslissing betreffende die aanvraag worden meegedeeld, in een ander land dan mijn land kunnen verblijven. Het kan zijn dat de wetten op de bescherming van de persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer in sommige landen niet dezelfde zijn als die van het land waarin ik verblijf.</p> <p>Ik weet dat ik, indien ik meen dat mijn persoonlijke informatie niet in overeenstemming met deze toestemming en de internationale standaard inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonsgegevens wordt gebruikt, klacht kan indienen bij het WADA of het CAS.</p>			
Datum	JAAR    MA    DA	Handtekening van de sporter	
<p>Als de sporter minderjarig is of een handicap heeft waardoor hij dit formulier niet kan ondertekenen, ondertekent een ouder of voogd samen met of voor de sporter.</p>			
Datum	JAAR    MA    DA	Handtekening van de ouder/voogd of vertegenwoordiger	
<p>Aantal bijlagen <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>Gelieve het volledig ingevulde formulier naar ons te sturen via de volgende middelen: aangetekend schrijven, e-mail of ADAMS lu bewaart een afschrift voor u.</b></p>			
<p>Alle persoonsgegevens worden verwerkt conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens.</p> <p>(*) Alst de verwerking van gezondheidsgegevens betreft, mogen deze uitsluitend door gezondheidsprofessionelen worden verwerkt.</p>			

### 7. DÉCLARATION DU SPORTIF

Je soussigné, \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 4 et 5 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'organisation antidopage (OAD) et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'OAD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu du Code mondial antidopage et/ou du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques<sup>10</sup>.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage.

Je comprends que si je souhaite (1) obtenir davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements, (2) exercer mon droit d'accès et de correction ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les organisations antidopage, ou autres organisations, compétentes pour les contrôles et/ou la gestion des résultats.

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside. Il est possible que dans certains de ces pays, les lois sur la protection des renseignements personnels et de la vie privée ne soient pas équivalentes à celles du pays où je réside.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du TAS si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et du Standard international pour la protection des renseignements personnels.

Date

Signature du sportif

Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur légal devra signer avec lui ou en son nom.

Date

Nombre d'années

Signature d'un des parents ou du tuteur légal

**Veuillez nous soumettre le formulaire dûment rempli par le moyen suivant: courrier recommandé, courrier électronique, ou via ADAMS (en conservant personnellement une copie)**

<sup>10</sup> Vos données personnelles seront traitées conformément à la loi du 8 décembre 1992 de protection de la vie privée relatif au traitement de données à caractère personnel.

<sup>11</sup> En ce qui concerne le traitement des données relatives à la santé, celui-ci ne pourra s'effectuer que par des professionnels de la santé.

NAVRAG KTOESTEMING WEGENS THERAPEUTISCHE HOODDAAR (TUE)  
 DEMANDE D'AUTORISATION D'USAGE A DES FINS THERAPEUTIQUES (TUE)  
 THERAPEUTIC USE EXEMPTIONS (TUE)

P 5/5

7. ATHLETE'S DECLARATION

I, \_\_\_\_\_, certify that the information set out at sections 1, 4 and 5 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organisation (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-doping Code ((Code)) and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions\*.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used to evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary that TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

I understand that I believe my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for Protecting of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Date:

Athlete's signature

If the athlete is minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the athlete.

Date:

Number of attachments:

Parent's / guardian's signature

Please submit the form duly completed through the following medium: registered mail, electronic mail, or via ADAMS while keeping a personal copy of it.

\*Your personal data are processed in accordance with the law of December 8, 1992 for the protection of privacy with respect to the processing of personal data. (\*) Please note that health data can only be processed by healthcare professionals.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 11 décembre 2018 fixant les formulaires pour la demande d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Bruxelles, 11 décembre 2018

Le Ministre flamand de l'Emploi, de l'Economie, de l'Innovation et des Sports

Philippe MUYTERS