

ANNEXE 3 : modèle de feuille de mission

FEUILLE DE MISSION**ORGANISATION ANTIDOPAGE COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
AQAJSS - CELLULE ANTIDOPAGE**

Bld Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles (Belgique)

Tél: +32 (0)2 413.20.56 Fax: +32 (0)2 414.32.91

Email: info.dopage@cfwb.be

Code mission

Médecin contrôleur

<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------	--------	----------------------

Accompagnateur

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

Nom	<input type="text"/>	Prenom	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------

MANIFESTATION – COMPÉTITION – ENTRAÎNEMENT SPORTIFintitulé Discipline et nature de la manifestation

Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Rue/Numéro</small>	<small>Ville</small>	<small>Code postal</small>

Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	IC	<input type="checkbox"/>	OOC
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------	----	--------------------------	-----

Heure de début	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	Durée présumée	<input type="text"/>	Nombre présumé de participants	<input type="text"/>
----------------	----------------------	---	----------------------	----------------	----------------------	--------------------------------	----------------------

FEDERATION, CERCLE SPORTIF OU ORGANISATEUR RESPONSABLEFédération, cercle sportif ou organisateur

Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Rue/Numéro</small>	<small>Ville</small>	<small>Code postal</small>

Délégué
Nom / PrénomTél contact **CONTROLE**

Nombre de contrôles souhaités	<input type="text"/>	Moment du prélèvement	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

Type de prélèvement	<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	Autre:	<input type="text"/>
---------------------	--------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------	--------	----------------------

MODE DE DÉSIGNATION DES SPORTIFS À CONTRÔLER *

- Par tirage au sort: sportifs
- Les premiers de la compétition, plus participants, par tirage au sort
- Nom(s) du ou des sportifs désignés

• A l'initiative du médecin contrôleur

LABORATOIRE DÉSIGNÉ

Laboratoire

Adresse

Rue / Numéro

Ville

Code postal

Date

<small>J</small>		<small>U</small>							<small>A</small>

Nom et signature du fonctionnaire délégué

(*) biffer les mentions inutiles