

**CERTIFICATE OF APPROVAL FOR THERAPEUTIC USE**  
**CERTIFICAT D'AUTORISATION D'USAGE À DES FINS THÉRAPEUTIQUES****Athlete Details/Renseignements sur l'athlète**

Surname/Nom de famille <b>Williams</b>	Given Name/Prénom <b>Serena</b>	Gender/Sexe <b>female</b>
Date of Birth/Date de naissance <b>26-Sep-1981</b>	Sport/Sport <b>Tennis</b>	Discipline/Discipline
Competition Name /Nom de la compétition <b>2014</b>	Registered Testing Pool /Groupe cible	

**Medical Information/Renseignements médicaux**

The Athlete has received approval for the use of the prohibited substances(s) listed below under the conditions stipulated in this document. / L'athlète a reçu l'autorisation d'utiliser la (les) substance(s) interdite(s) citée(s) ci-dessous selon la (les) condition(s) stipulée(s) dans ce document.

Diagnosis/Diagnostic: \*\*\*\*\* **CONFIDENTIAL / CONFIDENTIEL** \*\*\*\*\*

**REFER TO THE SPORTING ORGANIZATION / DEMANDEZ À L'ORGANISATION SPORTIVE**

Effective date/Date d'entrée en vigueur: **12-Mar-2014**

Prohibited Substance/Substance interdite: **prednisone**

Dosage/Dosage <b>20 mg</b>	Frequency/Fréquence <b>1 times/day</b>	Route/Voie <b>Oral</b>	Expiration/Expiration <b>19-Mar-2014</b>
-------------------------------	---	---------------------------	---

Comment(s)/Commentaire(s):

**Attention athlete:** the dose, method and frequency of administration as prescribed by your physician have to be followed meticulously. Please carry a copy of this form with you at all times. This form should be presented to the doping control officer at the time of testing.

**Athlète:** les posologies, voies et fréquences d'administration doivent être méticuleusement respectées conformément aux prescriptions de votre médecin. Gardez une copie de ce formulaire en tout temps. Ce formulaire devrait être présenté à l'agent(e) de contrôle antidopage au moment du contrôle.

**Authorized by/Autorisée par:**

Miller, Dr. Stuart  
ITF - International Tennis Federation  
stuart.miller@itftennis.com

Date : 13-Mar-2014

Phone :