

**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<br><b>BILES</b>                         | Given Name/Prénom<br><b>Simone</b>       | Gender/Sexe<br><b>female</b>             |
| Date of Birth/Date de naissance<br><b>14-Mar-1997</b>          | Sport/Sport<br><b>Gymnastics</b>         | Discipline/Discipline<br><b>Artistic</b> |
| Competition Name<br>/Nom de la compétition<br><b>2013/2014</b> | Registered Testing Pool<br>/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: **06-Dec-2013**

Prohibited Substance/Substance interdite: **dexamethylphenidate (Focalin XR)**

| Dosage/Dosage | Frequency/Fréquence | Route/Voie  | Expiration/Expiration |
|---------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| <b>15 mg</b>  | <b>1 times/day</b>  | <b>Oral</b> | <b>06-Dec-2014</b>    |

Comment(s)/Commentaire(s): **In the morning**

Prohibited Substance/Substance interdite: **dexamethylphenidate (Focalin XR)**

| Dosage/Dosage | Frequency/Fréquence | Route/Voie  | Expiration/Expiration |
|---------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| <b>10 mg</b>  | <b>1 times/day</b>  | <b>Oral</b> | <b>06-Dec-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:**

Leglise, Michel  
 FIG - International Gymnastics Federation  
 lvidmer@fig-gymnastics.org

Date : 22-Oct-2014

Phone : +41 (0)21 321  
 55 10