

**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>BILES</b>	Given Name/Prénom <b>Simone</b>	Gender/Sexe <b>female</b>
Date of Birth/Date de naissance <b>14-Mar-1997</b>	Sport/Sport <b>Gymnastics</b>	Discipline/Discipline <b>Artistic</b>
Competition Name /Nom de la compétition <b>American Cup, March 2015</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: **06-Dec-2014**

Prohibited Substance/Substance interdite: **dexamethylphenidate (Focalin XR 15 mg)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>15 mg</b>	<b>1 times/day</b>	<b>Oral</b>	<b>06-Dec-2018</b>

Comment(s)/Commentaire(s):

Prohibited Substance/Substance interdite: **dexamethylphenidate (Focalin XR 10 mg)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>10 mg</b>	<b>1 times/day</b>	<b>Oral</b>	<b>06-Dec-2018</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **When applying for a new TUE the athlete should submit an annual medical review**

**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 : 20-Nov-2014

Phone : +41 (0)21 321  
55 10