TUE No./*Numéro de AUT*
T-284654005
ADO No./*Numéro d'ADO*
18/2014

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* **BILES**	Given Name/*Prénom* **Simone**	Gender/*Sexe* **female**
Date of Birth/*Date de naissance* **14-Mar-1997**	Sport/*Sport* **Gymnastics**	Discipline/*Discipline* **Artistic**
Competition Name /*Nom de la compétition* **American Cup, March 2015**	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*: **dexmethylphenidate (Focalin XR 15 mg)**

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

Comment(s)/*Commentaire(s):*

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

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

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