

**BERLINGERS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM**  
**CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL**

2006  
17:07

Sexe / Sex M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test <input checked="" type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
	Type de contrôle / Type of test Inopiné <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Fédération - Discipline / Sport ...	Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>	Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place ...		

**Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement**

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test

Date / Date: 20/07/2006


Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate: *[Signature]*

Nom et prénom du médecin / Name of doctor (en toutes lettres): *[Signature]*

Signature du Médecin / Signature of Doctor: *[Signature]*

**Réalisation du contrôle / Test completion**

Date du prélèvement / Sampling date: 20/07/2006

Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code BUR995474 	Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml 100 ml	Densité / Specific Gravity 1.020	pH 5
--	---	-------------------------------------	---------

Echantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Médicaments / Drugs  OUI  NON  Commentaires sur la procédure / Comments on procedure

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used (éventuellement nom du médecin prescripteur):  
*[Handwritten text]*

**Confirmation / Confirmation**

Signature du Délégué Fédéral / Signature of Federal Delegate: *[Signature]*

Signature du Médecin / Signature of Doctor: *[Signature]*

USADA 0228