

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 Cullen	Given Name/Prénom Crista	Gender/Sexe female
Date of Birth/Date de naissance 20-Aug-1985	Sport/Sport Field Hockey	Discipline/Discipline Field Hockey
Competition Name /Nom de la compétition	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: **22-Jan-2008**

Prohibited Substance/Substance interdite: **salbutamol**

Dosage/Dosage 100 µg	Frequency/Fréquence as needed	Route/Voie Inhalation	Expiration/Expiration 30-Jun-2010
--------------------------------	---	---------------------------------	---

Comment(s)/Commentaire(s):

Prohibited Substance/Substance interdite: **salmeterol (Serevent)**

Dosage/Dosage 25 µg	Frequency/Fréquence 2 times/day	Route/Voie Inhalation	Expiration/Expiration 30-Jun-2010
-------------------------------	---	---------------------------------	---

Comment(s)/Commentaire(s):

Prohibited Substance/Substance interdite: **fluticasone propionate (Serevent)**

Dosage/Dosage 125 µg	Frequency/Fréquence 2 times/day	Route/Voie Inhalation	Expiration/Expiration 30-Jun-2010
--------------------------------	---	---------------------------------	---

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:

Stow, Michael
UKAD - UK Anti-Doping
tue@ukad.org.uk

Date : 28-Jan-2008

Phone : +44 (0)207 842
3479