

**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	Given Name/Prénom	Gender/Sexe
<b>Sinclair</b>	<b>Christine</b>	<b>female</b>
Date of Birth/Date de naissance	Sport/Sport	Discipline/Discipline
<b>12-Jun-1983</b>	<b>Football</b>	<b>Football</b>
Competition Name	Registered Testing Pool	
/Nom de la compétition	/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: **21-Jan-2008**

Prohibited Substance/Substance interdite: **salbutamol (Salbutamol)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>200 µg</b>	<b>4 every # hour(s)</b>	<b>Inhalation</b>	<b>21-Jan-2009</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:**

Vallon, Julie  
CCES - Canadian Centre for Ethics in Sport  
tue-aut@cces.ca

Date : 11-Mar-2008

Phone : +1 613 521  
3340 x 3228