

**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>glass</b>	<b>alisha</b>	<b>female</b>
Date of Birth/Date de naissance	Sport/Sport	Discipline/Discipline
	<b>Volleyball</b>	<b>Volleyball</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: **12-Apr-2011**

Prohibited Substance/Substance interdite: **prednisone**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>5 mg</b>	<b>as needed</b>	<b>Oral</b>	<b>23-Apr-2011</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **Frequency of Administration: as prescribed**

**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:**

Riedl, Erika  
FIVB - International Volleyball Federation  
medical@fivb.org

Date : 12-Apr-2011

Phone : +41 21 345  
3535