

**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 <b>Birarelli</b>	Given Name/Prénom <b>Emanuele</b>	Gender/Sexe <b>male</b>
Date of Birth/Date de naissance <b>08-Feb-1981</b>	Sport/Sport <b>Volleyball</b>	Discipline/Discipline <b>Volleyball</b>
Competition Name /Nom de la compétition <b>World Cup</b>	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: **02-Sep-2015**

Prohibited Substance/Substance interdite: **betamethasone (Bentelan)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>4 mg</b>	<b>1 every # day(s)</b>	<b>Intramuscular</b>	<b>23-Sep-2015</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **During 3 days**

Prohibited Substance/Substance interdite: **prednisone (Delta cortene)**

Dosage/Dosage	Frequency/Fréquence	Route/Voie	Expiration/Expiration
<b>25 mg</b>	<b>1 every # day(s)</b>	<b>Oral</b>	<b>23-Sep-2015</b>

Comment(s)/Commentaire(s): **Dosage as mentioned on the prescription, during 12 days**

**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:**

Veintimilla, Nadège  
FIVB - International Volleyball Federation  
medical@fivb.org

Date : 14-Sep-2015

Phone : +41 21 345  
3535