

CERTIFICAT MEDICAL
pour une pratique thérapeutique
du vélo à assistance électrique (VAE)
pour la saison 2017

Je soussigné, DrDocteur en Médecine,

certifie avoir examiné, ce jour Mme, Mlle, Mr.....

.....
.....

Né(e) le :...../...../.....

Qu'il/elle ne présente aucune contre-indication à la pratique du cyclotourisme (1) avec usage d'un vélo à assistance électrique (2).

Que l'état de santé de l'intéressé(e) amène à conseiller l'usage du VAE dans le cadre d'une pratique sportive modérée ou celui de la reprise d'une activité sportive.

Le présent certificat est établi à la demande de l'intéressé(e).
Il sera joint à la Charte cosignée par l'intéressé(e) et le président de club (ou de CODEP pour un membre individuel) et adressé au siège fédéral.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à..... le/...../.....

Signature

Cachet du Médecin

(1) Discipline excluant toute forme de compétition

(2) Vélo à assistance électrique (VAE) : selon l'article R. 311-1-6.11 du Code de la Route (Décret n°2009-497 du 30 avril 2009 modifiant l'art. R. 311-11 du Code de la Route) Cycle à pédalage assisté : cycle équipé d'un moteur auxiliaire électrique d'une puissance nominale continue maximale de 0,25 kilowatt, dont l'alimentation est réduite progressivement et finalement interrompue lorsque le véhicule atteint une vitesse de 25 km/h, ou plus tôt si le cycliste arrête de pédaler.