

FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART

1. Renseignement d'ordre général

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Tél. : _____
 Niveau scolaire : _____ Profession : _____ Nationalité : _____
 Acuité visuelle : œil droit : /10 œil gauche : /10 Correction : _____
 Incompatibilités : _____ Visite médicale : _____

2. Expérience de la conduite

Permis : _____ Conduite auto : _____ Avec qui ? _____ Où (sauf auto-école) : _____ Si pas auto : _____
 Aucun jamais amis ville vélo
 B1 - de 5 h. parents route cyclo
 A1/AL + de 5 h. auto-école chemin moto
 A autre véh.

3. Connaissance du véhicule

Direction : non oui Embrayage : non oui
 Boîte de vitesses : non oui Freinage : non oui

4. Attitude à l'égard de l'apprentissage de la sécurité

Réponse : maîtriser la voiture et connaître le code
 Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face
 L'apprentissage est une nécessité
 Réel désir d'apprendre à conduire

5. Habiletés

	F	S	B
Installation au poste de conduite	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démarrage arrêté	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulation du volant	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Compréhension et mémoire

	F	S	B
Compréhension	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémoire	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Perception

	F	S	B		F	S	B
Trajectoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Orientation	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observation	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Regard	<input type="radio"/> F1	<input type="radio"/> F2	<input checked="" type="radio"/> F3

8. Emotivité

	F	S	B		F	S	B
En général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Crispation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels :	positifs	-	négatifs	=	résultat final
	4		6		-2

10. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

DATE: _____

Théorie :	8	heures	Proposition acceptée :	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Pratique :	32	heures	Proposition retenue :	Théorie (_____ H.) Pratique (_____ H.)

SIGNATURE

Formateur

Elève

Parents (pour mineurs)