

# FICHE D'ÉVALUATION DE DÉPART

## 1. Renseignements d'ordre général

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Acuité visuelle oeil droit : \_\_\_\_\_ oeil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : -  
Incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale : \_\_\_\_\_

## 2. Expérience de la conduite

Permis :  Aucun  B1 ou AM  A1  B  
Conduite moto :  Jamais  - de 5h  + de 5h  
Avec qui ?  Amis  Parents  Auto-école  
Où (sauf auto-école) :  Ville  Route  Chemin  
Si pas moto :  Vélo  Cyclo  Auto  Autre véhicule  
Obtenu le : \_\_\_\_\_

## 3. Connaissance du véhicule

Direction (guidon, fourche) :  Non  Oui  
Boîte de vitesses :  Non  Oui  
Embrayage :  Non  Oui  
Freinage :  Non  Oui

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

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

## 5. Habiletés

|                                        | F                        | S                                   | B                                   |
|----------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Installation sur la machine (position) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Démarrage arrêt                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Équilibre                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 6. Compréhension et mémoire

|               | F                        | S                        | B                                   |
|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Compréhension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mémoire       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 7. Perception

|             | F                        | S                                   | B                        |
|-------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Trajectoire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regard      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8. Emotivité

|            | F                        | S                        | B                                   |
|------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| En général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Crispation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 9. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels :  positifs -  négatifs =  résultat final

## 10. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

Proposition acceptée :  Oui  Non

Volume proposé

Proposition retenue :

DATE : \_\_\_\_\_

Cachet de l'auto-école  
**Bureau de AUTO ECOLE DE LA COTE**  
22 GRANDE RUE  
21700, NUITS ST GEORGES  
0380611751  
Agrément: **E0302103190** - SIRET:  
**38417674900024**

Signature Formateur

Signature Parents (pour mineurs)

Signature Elève