

# FICHE POUR L'EVALUATION DE DEPART - FICHE ELEVE

## 1. Renseignements d'ordre général

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : ..... Tél. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Niveau scolaire : ..... Profession : ..... Nationalité : .....  
 Acuité visuelle : œil Droit ..... /10 œil Gauche : ..... /10 Correction : oui  non   
 Incompatibilités : ..... Visite Médicale : oui  non

## 2. Expérience de la conduite

Permis :	Conduite auto :	Avec qui ? :	Où (sauf auto-école) ? :	Si pas auto :
B1 <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>	amis <input type="checkbox"/>	ville <input type="checkbox"/>	vélo <input type="checkbox"/>
AM <input type="checkbox"/>	- de 5 h. <input type="checkbox"/>	parents <input type="checkbox"/>	route <input type="checkbox"/>	cyclo <input type="checkbox"/>
A1 <input type="checkbox"/>	+ de 5 h. <input type="checkbox"/>	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/>	moto <input type="checkbox"/>
Date .....				autre véhicule <input type="checkbox"/>

## 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 et 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarrage arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Compréhension et mémoire

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

## 7. Perception

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

## 8. Emotivité

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

## 9. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels : Total +  - Total -  = résultat final

## 10. Proposition : volume de formation prévisionnel

Théorie  Heures Pratique  Heures

Proposition acceptée :  oui  non Proposition retenue : théorie  H. pratique  H.

Fait à ..... le .....

Signatures :

Formateur :

Elève :

Parents (pour les mineurs) :