

# 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  AM  A1  A2  A  
Conduite auto :  Jamais  - de 5h  + de 5h  
Avec qui ?  Amis  Parents  Auto-école  
Où (sauf auto-école) :  Ville  Route  Chemin  
Si pas auto :  Vélo  Cyclo  Quadricycle à moteur  Moto  Autre véhicule  
Obtenu le : \_\_\_\_\_

## 3. Connaissance du véhicule

Direction :  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 voiture 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 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                        |
|-------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trajectoire | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Observation | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regard      | F1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | F2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|             | F3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8. Emotivité

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

Signature Formateur

Signature Parents (pour mineurs)

Signature Elève