

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