

FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART - FICHE ÉLÈVE

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 Embayage : 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 arrêté	<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. Émotivité

	F	S	B		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 : 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 : Nom de l'enseignant : N° d'autorisation d'enseigner :

Signatures :

Formateur :

Elève :

Parents (pour les mineurs) :

FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART - FICHE ÉCOLE

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 : B1 <input type="checkbox"/> +1 AM <input type="checkbox"/> +2 A1 <input type="checkbox"/> +2 Date	Conduite auto : jamais <input type="checkbox"/> 0 - de 5 h. <input type="checkbox"/> +1 + de 5 h. <input type="checkbox"/> +2	Avec qui ? : amis <input type="checkbox"/> -1 parents <input type="checkbox"/> +1 auto-école <input type="checkbox"/> +2	Où (sauf auto-école) ? : ville <input type="checkbox"/> -2 route <input type="checkbox"/> -1 chemin <input type="checkbox"/> 0	Si pas auto : vélo <input type="checkbox"/> 0 cyclo <input type="checkbox"/> +1 moto <input type="checkbox"/> +2 autre véhicule <input type="checkbox"/> +1	TOTAUX PARTIELS <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---	--

3. Connaissance du véhicule

Direction : non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> +1	Embrayage : non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Boîte de vitesses : non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> +1	Freinage : non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>

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

Réponse : maîtriser la voiture et connaître le code <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face <input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
L'apprentissage est une nécessité : <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Réel désir d'apprendre à conduire : <input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>

5. Habiletés

	F	S	B	
Installation au poste de conduite	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Démarrage arrêt	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>

6. Compréhension et mémoire

	F	S	B	
Compréhension	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>

7. Perception

	F	S	B		F	S	B	
Trajectoire	<input type="checkbox"/> -4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +3	Orientation	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
				F1	<input type="checkbox"/> -1		<input type="checkbox"/> +2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
Observation	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	Regard F2	<input type="checkbox"/> -2			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>
				F3	<input type="checkbox"/> -3			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/>

8. Émotivité

	F	S	B		F	S	B	
En général	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	Crispation	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> - <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 : Nom de l'enseignant : N° d'autorisation d'enseigner :

Signatures :

Formateur :

Élève :

Parents (pour les mineurs) :

1. Renseignements d'ordre général

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____
 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 moto :	Avec qui ?	Où ? (sauf école de conduite)	Si pas de conduite moto :
B1 <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>	amis <input type="checkbox"/>	ville <input type="checkbox"/>	vélo <input type="checkbox"/>
A1 <input type="checkbox"/>	- de 5h. <input type="checkbox"/>	parents <input type="checkbox"/>	route <input type="checkbox"/>	cyclo <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	+ de 5h. <input type="checkbox"/>	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/>	voiture <input type="checkbox"/>
Date : _____				autre véhicule <input type="checkbox"/>

3. Connaissance du véhicule

Direction : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Embrayage : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Boîte de vitesses : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Freinage : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

4. Attitudes à l'égard de l'apprentissage et de la sécurité

Réponses : - maîtriser la moto et connaître le code
 - 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 sur la moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarrage / arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équilibre	<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"/>
Observation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regard — F ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				— F ²	<input type="checkbox"/>		
				— F ³	<input type="checkbox"/>		

8. Émotivité

	F	S	B		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

Résultat final :

10. Proposition

Volume de formation prévisionnel pour la pratique : _____ h
 Volume de formation prévisionnel pour la théorie : _____ h

Proposition acceptée
 oui non

Signatures :

Formateur

Élève

Parents (pour les mineurs)

