

FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART B - 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 :

B1 ou AM
 A1
 A2
 A
 Date _____

Conduite auto :

jamais
 - de 5 h.
 + de 5 h.

Avec qui ?

amis
 parents
 auto-école

Où (sauf auto-école) :

ville
 route
 chemin

Si pas auto :

vélo
 cyclo
 moto
 autre véh.

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

À votre avis, le plus important pour bien conduire,
 est-ce de savoir maîtriser la voiture et de connaître le code _____
 ou bien plutôt, est-ce d'être capable de prévoir les difficultés et de savoir y faire face ?
 Avez-vous le désir d'apprendre à conduire _____
 ou bien apprenez-vous parce que c'est une nécessité ? _____

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"/>
Observation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regard _____ F1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				_____ F2			
				_____ F3			

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 : Positifs - Négatifs = Résultat final

10. Proposition : volume de formation PRÉVISIONNEL

DATE ____ / ____ / ____

Théorie : Heures Proposition acceptée : OUI NON
 Pratique : Heures Proposition retenue : Théorie H Pratique H

Boîte manuelle : 20 h de conduite minimum.
 Boîte automatique : 13 h de conduite minimum.

L'évaluation a été réalisée sous la responsabilité de Mme/M. _____ missionné par l'école de conduite et titulaire de l'autorisation d'enseigner numéro _____ délivrée le _____.

SIGNATURES :

Formateur

Élève

Parents (pour mineurs)