

## 1 Renseignements d'ordre général

Nom et prénom  Né(e) le

Adresse  Téléphone

Niveau scolaire  Profession  Nationalité

Acuité visuelle œil gauche  /10 œil droit  /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"/>
A1 <input type="checkbox"/>	- de 5 h <input type="checkbox"/>	parents <input type="checkbox"/>	route <input type="checkbox"/>	cyclo <input type="checkbox"/>
A ou A2 <input type="checkbox"/>	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/>	moto <input type="checkbox"/>
Le <input type="text"/>				autre <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 Habileté

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

Proposition suggérée	Théorie <input type="text"/> h	Proposition acceptée	<input type="checkbox"/> OUI	Proposition retenue	Théorie <input type="text"/> h
	Pratique <input type="text"/> h		<input type="checkbox"/> NON		Pratique <input type="text"/> h

## 11 Signatures

	Formateur	Élève	Parents (pour les mineurs)
Le <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>