

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Incompatibilités		Visite médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

2 Expérience de la conduite

Permis	Conduite auto	Avec qui ?	Où (sauf auto-école) ?	Si pas auto
B1 <input type="checkbox"/> +1	jamais <input type="checkbox"/> 0	amis <input type="checkbox"/>	ville <input type="checkbox"/> 2	vélo <input type="checkbox"/> 0
A1 <input type="checkbox"/> +2	- de 5 h <input type="checkbox"/> +1	parents <input type="checkbox"/>	route <input type="checkbox"/>	cyclo <input type="checkbox"/> 1
A ou A2 <input type="checkbox"/> +3	+ de 5 h <input type="checkbox"/> +2	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/> 3	moto <input type="checkbox"/> 2
Le				autre <input type="checkbox"/> +1

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

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

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	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/>
----------------	--

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"/>