

FICHE POUR L'EVALUATION DE DEPART - FICHE ECOLE

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 :	TOTAUX PARTIELS
B1 <input type="checkbox"/> +1	jamais <input type="checkbox"/> 0	amis <input type="checkbox"/> -1	ville <input type="checkbox"/> -2	vélo <input type="checkbox"/> 0	[] - [] = []
AM <input type="checkbox"/> +2	- de 5 h. <input type="checkbox"/> +1	parents <input type="checkbox"/> +1	route <input type="checkbox"/> -1	cyclo <input type="checkbox"/> +1	
A1 <input type="checkbox"/> +2	+ de 5 h. <input type="checkbox"/> +2	auto-école <input type="checkbox"/> +2	chemin <input type="checkbox"/> 0	moto <input type="checkbox"/> +2	
Date				autre véhicule <input type="checkbox"/> +1	

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

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

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

5. Habiletés

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

6. Compréhension et mémoire

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

7. Perception

	F	S	B	F	S	B	TOTAUX PARTIELS	
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	[] - [] = []
				F1	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> +2		
Observation	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	Regard F2	<input type="checkbox"/> -2			
				F3	<input type="checkbox"/> -3			

8. Emotivité

	F	S	B	F	S	B	TOTAUX PARTIELS	
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	[] - [] = []

9. Résultat de l'évaluation

Total + [] - Total - [] = résultat final []

Total des résultats partiels : [] - [] = []

10. Proposition : volume de formation prévisionnel

Théorie [] Heures Pratique [] Heures

Proposition acceptée : oui non Proposition retenue : théorie [] H. pratique [] H.

Fait à le

Signatures :

Formateur :

Elève :

Parents (pour les mineurs) :