

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 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 Habileté

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

8 Émotivité

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

11 Signatures

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