

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 ou parking ☐

Si pas auto :
 vélo ☐
 cyclo/quad ☐
 moto ☐
 autre véh. ☐

TOTAUX
PARTIELS

3. Connaissance du véhicule

Direction : non ☐ oui ☐
 Boîte de vitesses : non ☐ oui ☐
 Embrayage : 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

	Faible	Satisfaisant	Bon
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

	Faible	Satisfaisant	Bon
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	Faible	Satisfaisant	Bon
Trajectoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regard				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Émotivité

	F	S	B	Faible	Satisfaisant	Bon
En général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

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)