

1 Renseignements d'ordre général

Nom et prénom			Né(e) le			
Adresse			Téléphone			
Niveau scolaire			Profession			
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	jamais	amis	ville	vélo
A1	- de 5 h	parents	route	cyclo
A ou A2	+ de 5 h	auto-école	chemin	moto
Le				autre

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
 Démarrage arrêt
 Manipulation du volant

6 Compréhension et mémoire F S B

Compréhension
 Mémoire

7 Perception F S B

Trajectoire	Orientation
Observation	F1
	Regard F2
	F3

8 Émotivité F S B

En général Crispation

9 Résultat de l'évaluation

Résultat final - =

10 Proposition : volume de formation prévisionnel

Proposition suggérée	Théorie	h	Proposition acceptée	OUI	Proposition retenue	Théorie	h
	Pratique	h		NON		Pratique	h

11 Signatures Formateur Élève Parents (pour les mineurs)

Le