

CRITERE 2-2

Les évaluations de départ sont réalisées en voiture avant toute inscription.

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 :	Conduite auto :	Avec qui ?	Où (sauf auto-école) :	Si pas auto :
B1 ou AM <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/quad <input type="checkbox"/>
A2 <input type="checkbox"/>	+ de 5 h. <input type="checkbox"/>	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/>	moto <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>			ou parking	autre véh. <input type="checkbox"/>
Date _____				

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

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

8. Émotivité

	F	S	B		Faible	Satisfaisant	Bon
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

Total des résultats partiels : Positifs - Négatifs = Résultat final

10. Proposition : volume de formation PRÉVISIONNEL

DATE ____ / ____ / ____

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)**