

## 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Incompatibilités				Visite médicale	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## 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	+ de 5 h	auto-école	chemin	moto
Le				autre

## 3 Connaissance du véhicule

Direction	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Embrayage	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Boîte de vitesses	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

## 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

F S B

Trajectoire	Orientation
	F1
Observation	Regard F2
	F3

## 8 Émotivité

F S B

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