

FICHE D'ÉVALUATION DE DÉPART

1. Renseignements d'ordre général

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : 34500 Ville : BEZIERS Téléphone : _____
Niveau scolaire : _____ Profession : _____ Nationalité : _____
Acuité visuelle oeil droit : 10 oeil gauche : 10 Correction : -
Incompatibilités : Aucune Visite médicale : _____

2. Expérience de la conduite

Permis : Aucun AM A1 A2 A
Conduite auto : Jamais - de 5h + de 5h
Avec qui ? Amis Parents Auto-école
Où (sauf auto-école) : Ville Route Chemin
Si pas auto : Vélo Cyclo Quadricycle à moteur Moto Autre véhicule
Obtenu le : _____

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

Réponse : maîtriser la voiture et connaître le code
Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face
L'apprentissage est une nécessité
Réal désir d'apprendre à conduire

5. Habiletés

	F	S	B
Installation au poste de conduite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarrage arrêt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Compréhension et mémoire

	F	S	B
Compréhension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Perception

	F	S	B
Trajectoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regard	F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Emotivité

	F	S	B
En général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crispation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels : positifs **6** - négatifs **-22** = résultat final **-16**

10. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

DATE : 21/01/2025

Proposition acceptée : Oui Non
Volume proposé **27 Heures** Proposition retenue : **40 Heures**

Cachet de l'auto-école
Bureau de AUTO ECOLE VIALLE
90 AVENUE GEORGES CLEMENCEAU
34500, BEZIERS
0467311665
Agrément: E0203405420 - SIRET:
43527121800016

Signature Formateur

Signature Parents (pour mineurs)

Signature Elève