

# 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

<b>Permis:</b>	<b>Conduite auto:</b>	<b>Avec qui ?</b>	<b>Où (sauf auto-école):</b>	<b>Si pas auto:</b>
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 <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"/>				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

	F	S	B
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

	F	S	B
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		F	S	B
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"/>	_____ F1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Regard _____ F2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				_____ F3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Émotivité

	F	S	B		F	S	B
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)**