

FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART A1 ET A2 - 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

Permjs :

B1 ou AM
A1
B
Date _____

Conduite moto :

jamais
- de 5 h.
+ de 5 h.

Avec qui ?

amis
parents
auto-école

Où (sauf auto-école) :

ville
route
chemin

Si pas moto :

vélo
cyclo
auto
autre véh.

3. Connaissance du véhicule

Direction (guidon, fourche) : 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 moto 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 sur la machine (position) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarrage arrêt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équilibre _____	<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"/>	Regard _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observation et orientation _____	<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 ____ / ____ / ____

Plateau : Heures Proposition acceptée : OUI NON
Circulation : Heures Proposition retenue : Plateau H Circulation H

Formateur

Élève

Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :