

# 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 auto11 :</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  | Embrayage : 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.

Formateur

Élève

Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :

# FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART B - FICHE ÉCOLE

## 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> B1 ou AM <input type="checkbox"/> +1 A1 <input type="checkbox"/> +2 A2 <input type="checkbox"/> +2 A <input type="checkbox"/> +2 Date _____	<b>Conduite auto :</b> jamais <input type="checkbox"/> 0 - de 5 h. <input type="checkbox"/> +1 + de 5 h. <input type="checkbox"/> +2	<b>Avec qui ?</b> amis <input type="checkbox"/> -1 parents <input type="checkbox"/> +1 auto-école <input type="checkbox"/> +2	<b>Où (sauf auto-école) :</b> ville <input type="checkbox"/> -1 route <input type="checkbox"/> +1 chemin <input type="checkbox"/> +2	<b>Si pas auto :</b> vélo <input type="checkbox"/> 0 cyclo <input type="checkbox"/> +1 moto <input type="checkbox"/> +2 autre véh. <input type="checkbox"/> +1	<b>TOTAUX PARTIELS</b>  <input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	--	---	--	--

## 3. Connaissance du véhicule

Direction:                    non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> +1	Embrayage:                    non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> +1	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>
Boîte de vitesses:            non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> +1	Freinage:                    non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> +1	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>

## 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 \_\_\_\_\_  -2  
 ou bien plutôt, est-ce d'être capable de prévoir les difficultés et de savoir y faire face ?  +2  
 Avez-vous le désir d'apprendre à conduire \_\_\_\_\_  +2  
 ou bien apprenez-vous parce que c'est une nécessité ? \_\_\_\_\_  -2

-  =

## 5. Habiletés

	F	S	B	
Installation au poste de conduite _____	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>
Démarrage arrêt _____	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	
Manipulation du volant _____	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +2	

## 6. Compréhension et mémoire

	F	S	B	
Compréhension _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>
Mémoire _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	

## 7. Perception

	F	S	B		F	S	B	
Trajectoire _____	<input type="checkbox"/> -4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +3	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>	Orientation _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1
Observation _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1		Regard _____ F1	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +2
					_____ F2	<input type="checkbox"/> -2		
					_____ F3	<input type="checkbox"/> -3		

## 8. Émotivité

	F	S	B		F	S	B	
En général _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> <input type="text"/>	Crispation _____	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1

## 9. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels:     Positifs    -     Négatifs    =     Résultat final

> 12 : Bon  
 entre -12 et +12 : Satisfaisant  
 ≤ -12 : Faible

## 10. Proposition : volume de formation PRÉVISIONNEL

DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Théorie:  Heures    Proposition acceptée:     OUI     NON  
 Pratique:  Heures    Proposition retenue:    Théorie  H    Pratique  H

20 h de conduite minimum sont imposées par la réglementation.

Formateur

Élève

Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :