

# 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

<b>Permis :</b>	<b>Conduite moto :</b>	<b>Avec qui ?</b>	<b>Où (sauf auto-école) :</b>	<b>Si pas moto :</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"/>
B <input type="checkbox"/>	+ de 5 h. <input type="checkbox"/>	auto-école <input type="checkbox"/>	chemin <input type="checkbox"/>	auto <input type="checkbox"/>
Date _____				autre véh. <input type="checkbox"/>

## 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 :