

1 Renseignements d'ordre général

Nom et prénom	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Niveau scolaire	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>		
Acuité visuelle	œil gauche <input type="text"/> /10	œil droit <input type="text"/> /10	Correction <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Incompatibilités	<input type="text"/>	Visite médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

2 Expérience de la conduite

Permis	Conduite moto	Avec qui ?	Où (sauf auto-école) ?	Si pas moto
B1 ou AT <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>	amis <input type="checkbox"/>	ville <input type="checkbox"/>	vélo <input type="checkbox"/>
A1 ou AL <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"/>
Le <input type="text"/>				autre <input type="checkbox"/>

3 Connaissance du véhicule

Direction (guidon, fourche) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Embrayage non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Boîte de vitesses non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Freinage non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

4 Attitude à l'égard de l'apprentissage et de la sécurité

Réponse : maîtriser la moto et connaître le code	<input type="checkbox"/>
Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face	<input type="checkbox"/>
L'apprentissage est une nécessité	<input type="checkbox"/>
Réel désir d'apprendre à conduire	<input type="checkbox"/>

5 Habileté

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"/>
Equilibre	<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

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 Emotivité

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

Résultat final - =

10 Proposition : volume de formation prévisionnel

Proposition suggérée	Théorie <input type="text"/> h	Proposition acceptée	<input type="checkbox"/> OUI	Proposition retenue	Théorie <input type="text"/> h
	Pratique <input type="text"/> h		<input type="checkbox"/> NON		Pratique <input type="text"/> h

11 Signatures

Formateur

Elève

Parents (pour les mineurs)

Le <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	----------------------	----------------------