

# 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

Permis :	Conduite auto :	Avec qui ?	Où (sauf auto-école) :	Si pas auto :
B1 <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 <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 voiture et connaître le code   
 Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face   
 L'apprentissage est une nécessité :   
 Réel désir d'apprendre à conduire :

## 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

Trajectoire	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	Orientation	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Observation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regard	F1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					F2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					F3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 8. Emotivité

	F	S	B	Crispation	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
En général	<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

Théorie :  Heures      Proposition acceptée :       OUI       NON      DATE :      /      /  
 Pratique :  Heures      Proposition retenue :      Théorie  H.      Pratique  H.  
 20 h de conduite minimum sont imposées par la réglementation.  
 Formateur      Elève      Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :

# FICHE POUR L'ÉVALUATION DE DÉPART "A1" et "A" - 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

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"/>
Date .....				autre véh. <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

Réponse : prévoir les difficultés et savoir y faire face

L'apprentissage est une nécessité :

Réel désir d'apprendre à conduire :

## 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"/>
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		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		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 :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pratique :	Heures	Proposition retenue :	Théorie <input type="text"/> H.	Pratique <input type="text"/> H.

Formateur

Elève

Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :

# FICHE D'EVALUATION DE DEPART Passerelle BA - B - FICHE ELEVE

## 1. Renseignements d'ordre général

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Acquêt visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

## 2. Expérience de la conduite

Permis :  
B  A1  A2  A   
Date : \_\_\_\_\_

## 3. Connaissance de l'ensemble du véhicule

Boite de vitesse	non <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage	oui <input type="checkbox"/>	Direction	oui <input type="checkbox"/>

## 4. Habilités

	F	S	B
Installation poste de conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demarrage arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du levier de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. 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"/>

## 6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Emotivité

	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"/>

## 8. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

## 9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

Date :    /    /

Théorie :            Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
Pratique :           Heures                      Proposition retenue :    Théorique            Heures                      Pratique            Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Formateur

Eleve

SIGNATURES :

**FICHE D'EVALUATION DE DEPART Passerelle A2 - A FICHE ELEVE**

**1. Renseignements d'ordre général**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Acquté visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
 incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

**2. Expérience de la conduite**

Permis :  
 B  A1  A2  A   
 Date : \_\_\_\_\_

**3. Connaissance de l'ensemble du véhicule**

Boite de vitesse	non <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage boîte auto	oui <input type="checkbox"/>	Direction (guidon, fourche)	oui <input type="checkbox"/>

**4. Habilités**

	F	S	B
Installation sur la machine(position)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. 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"/>

**6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Emotivité**

	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"/>

**8. Résultat de l'évaluation**

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

**9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL**

Date :    /    /

Théorie :    Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
 Pratique :    Heures                      Proposition retenue :    Théorique    Heures                      Pratique    Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Formateur

Eleve

SIGNATURES :

# FICHE D'EVALUATION DE DEPART BA FICHE ELEVE

## 1. Renseignements d'ordre général

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Acquité visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

## 2. Expérience de la conduite

Permis :  
B  A1  A2  A   
Date : \_\_\_\_\_

## 3. Connaissance de l'ensemble du véhicule

Boîte de vitesse	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Direction	oui <input type="checkbox"/>

## 4. Habilités

	F	S	B
Installation poste de conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maniabilité en marche arrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. 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"/>

## 6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Emotivité

	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"/>

## 8. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

## 9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

Date :    /    /

Théorie :            Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
Pratique :           Heures                      Proposition retenue :    Théorique            Heures                      Pratique            Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Parents (si mineur)

Formateur

Eleve

SIGNATURES :

**FICHE D'EVALUATION DE DEPART Passerelle B - L5-e (125 cm3) - FICHE ELEVE**

**1. Renseignements d'ordre général**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Acqué visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
 incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

**2. Expérience de la conduite**

Permis :  
 B  A1  A2  A   
 Date : \_\_\_\_\_

**3. Connaissance de l'ensemble du véhicule**

Boite de vitesse	non <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage boîte auto	oui <input type="checkbox"/>	Direction (guidon, fourche)	oui <input type="checkbox"/>

**4. Habilités**

	F	S	B
Installation sur la machine(position)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. 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"/>

**6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Emotivité**

	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"/>

**8. Résultat de l'évaluation**

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

**9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL**

Date :    /    /

Théorie :    Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
 Pratique :    Heures                      Proposition retenue :    Théorique    Heures                      Pratique    Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Formateur

Eleve

SIGNATURES :

**FICHE D'EVALUATION DE DEPART AM - FICHE ELEVE**

**1. Renseignements d'ordre général**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Acquéte visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
 incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

**2. Expérience de la conduite**

Permis :  
 B  A1  A2  A   
 Date : \_\_\_\_\_

**3. Connaissance de l'ensemble du véhicule**

Boite de vitesse	non <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage boîte auto	oui <input type="checkbox"/>	Direction (guidon, fourche)	oui <input type="checkbox"/>

**4. Habilités**

	F	S	B
Installation sur la machine(position)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. 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"/>

**6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Emotivité**

	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"/>

**8. Résultat de l'évaluation**

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

**9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL**

Date :    /    /

Théorie :            Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
 Pratique :        Heures                      Proposition retenue :    Théorique            Heures                      Pratique            Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Formateur

Eleve

SIGNATURES :

# FICHE D'EVALUATION DE DEPART B 96 - FICHE ELEVE

## 1. Renseignements d'ordre général

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Acquêt visuelle œil droit : \_\_\_\_\_ œil gauche : \_\_\_\_\_ Correction : oui non  
 incompatibilités : \_\_\_\_\_ Visite médicale oui non

## 2. Expérience de la conduite

Permis :  
 B  A1  A2  A   
 Date : \_\_\_\_\_

## 3. Connaissance de l'ensemble du véhicule

Boîte de vitesse	non <input type="checkbox"/>	Freinage	non <input type="checkbox"/>
Embrayage	oui <input type="checkbox"/>	Direction	oui <input type="checkbox"/>

## 4. Habilités

	F	S	B
Installation sur la machine(position)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation du volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. 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"/>

## 6. 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"/>	Regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Emotivité

	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"/>

## 8. Résultat de l'évaluation

Total des résultats partiels :                      Positifs                      Négatif                      résultat final

## 9. Proposition : volume de formation PREVISIONNEL

Date :    /    /

Théorie :            Heures                      Proposition acceptée :    oui     non   
 Pratique :           Heures                      Proposition retenue :    Théorique    Heures                      Pratique    Heures

7 heures de conduite minimum sont imposé par la réglementation.

Formateur

Elevé

SIGNATURES :