

FICHE D ' EVALUATION DE DEPART BE

1- Nom et prénom né (e) le
adresse téléphone
acuité visuelle oeil gauche oeil droit
correction visite médicale

2- Permis
B et (ou) A

3- attitude à l 'égard de l'apprentissage et de la sécurité
connaître le code oui ou non
prévoir les difficultés et y faire face oui non

4- exercice 1
marche avant marche arrière ligne droite

5- exercice 2
marche avant marche arrière décalée

6- Détellage et Rattelage

7- Compréhension et Mémoire Oui Non

8- Résultat de l 'évaluation

10- Proposition : volume de formation prévisionnel : h

11- SIGNATURES

Formateur

Elève

Date : le