

**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"/>
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		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**

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**

Le <input type="text"/>	Formateur	Elève	Parents (pour les mineurs)
-------------------------	-----------	-------	----------------------------