

Auto Ecole James	<b>FICHE ÉVALUATION</b>	Date :
------------------	-------------------------	--------

<b>N° de session</b>	Du	----/----/202__	Au	----/----/202__
<b>Intitulé de la formation</b>	Permis B, AAC, CS, B auto ( merci d'entourer)			
<b>Objectifs pédagogiques</b>	Le maniement du véhicule dans un trafic nul ou faible			
<b>Être capable de :</b>	Appréhender la route			
	Pratiquer une conduite autonome			
<b>Formateur</b>				

**CANDIDAT**

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>N° téléphone</b>	
<b>Adresse mail</b>	@

**A / VOTRE POSTION PAR RAPPORT A(UX) OBJECTIF(S) DE LA FORMATION**

		Au début de la formation :					En fin de formation :				
1	Maitriser le véhicule	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Appréhender la circulation	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Circuler dans les conditions normales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Conduite autonome	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Ajouter autant de lignes que nécessaire

**B / VOS BESOINS SPECIFIQUES**

	Au début de la formation	En fin de formation			
		Evoqué		Acquis	
1		OUI	NON	OUI	NON
2		OUI	NON	OUI	NON
3		OUI	NON	OUI	NON
4		OUI	NON	OUI	NON

Ajouter autant de lignes que nécessaire

**C / Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?**

Plusieurs réponses possibles

Formation prévue par votre entourage		OUI		NON
Utile pour renforcer vos compétences dans votre poste actuel		OUI		NON
Utile pour acquérir de nouvelles compétences		OUI		NON
Utile pour votre évolution professionnelle		OUI		NON

Auto Ecole James	<b>FICHE ÉVALUATION</b>	Date :
------------------	-------------------------	--------

### D / EVALUATION A CHAUD

Cochez une valeur en fonction de votre appréciation de l'organisation et du contenu de la formation

(1 = insatisfaisant, 2 = peu satisfaisant, 3 = sans avis, 4 = satisfaisant, 5 = très satisfaisant)

<b>a</b>	Estimez-vous que la formation était en adéquation avec le métier/études ou les réalités du secteur ?	1	2	3	4	5
<b>b</b>	Recommanderiez-vous cette formation à une personne exerçant le même métier ou niveau scolaire que vous ?	1	2	3	4	5
<b>c</b>	Communication des objectifs et du programme avant la formation	1	2	3	4	5
<b>d</b>	Organisation et déroulement de la formation	1	2	3	4	5
<b>e</b>	Adéquation des moyens matériels mis à disposition	1	2	3	4	5
<b>f</b>	Qualité des supports pédagogiques	1	2	3	4	5
<b>g</b>	Animation de la formation par le ou les intervenants	1	2	3	4	5
<b>h</b>	Progression de la formation (durée, rythme, respect du programme)	1	2	3	4	5

**Ajouter votre commentaire :**

**Vos projets de formation :**

**Y-a-t-il des formations qui vous intéresseraient en lien avec des évolutions dans votre secteur d'activité :**

### CADRE RESERVE A L'ORGANISME

**Bilan individuel :**

A / Mesure du taux de progression	1		
	2		
	3		
	4		

D / Mesure du taux de satisfaction	N 1	/ 10	a + b	Satisfaction client
	N 2	/ 20	c + d + e + f	Qualité formation
	N 3	/ 10	g + h	Appréciation formateur



Auto Ecole James	<b>FICHE EVALUATION</b>	Date : / /
------------------	-------------------------	------------

<b>N° de session</b>	Du / /	Au / /
<b>Intitulé de la formation</b>	B78	
<b>Objectifs pédagogiques</b>	Etre capable de conduire un véhicule en boîte mécanique	
<b>Être capable de :</b>		
<b>Formateur</b>		

**CANDIDAT**

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>N° téléphone</b>	
<b>Adresse mail</b>	@

**A / VOTRE POSTION PAR RAPPORT A(UX) OBJECTIF(S) DE LA FORMATION**

		Au début de la formation :					En fin de formation :				
<b>1</b>	Maîtriser le véhicule /Adaptation boite de vitesse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Perfectionnement sur route ouverte	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>3</b>	Manœuvres	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Conduite autonome	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Ajouter autant de lignes que nécessaire

**B / VOS BESOINS SPECIFIQUES**

	Au début de la formation	En fin de formation			
		Evoqué		Acquis	
<b>1</b>		OUI	NON	OUI	NON
<b>2</b>		OUI	NON	OUI	NON
<b>3</b>		OUI	NON	OUI	NON
<b>4</b>		OUI	NON	OUI	NON

Ajouter autant de lignes que nécessaire

**C / Pour quelle(s) raison(s) avez-vous suivi cette formation ?**

Plusieurs réponses possibles

Formation prévue par votre entreprise, votre entourage	OUI	NON
Utile pour acquérir de nouvelles compétences	OUI	NON
Utile pour votre évolution professionnelle	OUI	NON

Auto Ecole James	<b>FICHE EVALUATION</b>	Date : / /
------------------	-------------------------	------------

### D / EVALUATION A CHAUD

Cochez une valeur en fonction de votre appréciation de l'organisation et du contenu de la formation  
(1 = insatisfaisant, 2 = peu satisfaisant, 3 = sans avis, 4 = satisfaisant, 5 = très satisfaisant)

<b>a</b>	Estimez-vous que vos besoins spécifiques ont été acquis en fin de formation ?	1	2	3	4	5
<b>b</b>	Recommanderiez-vous cette formation à une personne	1	2	3	4	5
<b>c</b>	Communication des objectifs et du programme avant la formation	1	2	3	4	5
<b>d</b>	Organisation et déroulement de la formation	1	2	3	4	5
<b>e</b>	Adéquation des moyens matériels mis à disposition	1	2	3	4	5
<b>f</b>	Qualité des supports pédagogiques	1	2	3	4	5
<b>g</b>	Animation de la formation par le ou les intervenants	1	2	3	4	5
<b>h</b>	Progression de la formation (durée, rythme, respect du programme)	1	2	3	4	5

Ajouter votre commentaire :

Vos projets de formation :

Y-a-t-il des formations qui vous intéresseraient en lien avec des évolutions dans votre secteur d'activité :

### CADRE RESERVE A L'ORGANISME

Bilan individuel :

A / Mesure du taux de progression	1		
	2		
	3		
	4		

D / Mesure du taux de satisfaction	N 1	/ 10	a + b	Satisfaction client
	N 2	/ 20	c + d + e + f	Qualité formation
	N 3	/ 10	g + h	Appréciation formateur



# 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

<b>Permis :</b>	<b>Conduite auto :</b>	<b>Avec qui ?</b>	<b>Où (sauf auto-école) :</b>	<b>Si pas auto11 :</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"/>
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

À votre avis, le plus important pour bien conduire,  
 est-ce de savoir maîtriser la voiture 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 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

	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"/>	_____ F1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Regard _____ F2	<input type="checkbox"/>		
				_____ F3	<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

	Positifs		Négatifs		Résultat final
Total des résultats partiels :	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>

## 10. Proposition : volume de formation PRÉVISIONNEL

DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Boîte manuelle : 90 h de conduite minimum.  
 Boîte automatique : 13 h de conduite minimum.

Formateur

Élève

Parents (pour mineurs)

SIGNATURES :