

## EVALUATION DE DEPART A1 A2

Renseignements d'ordre général : (entourez vos réponses)

Nom et Prénom Né (e) le

Adresse Téléphone

CP VILLE Nationalité

Niveau scolaire

Profession

Acuité visuelle œil gauche /10 œil droit /10

Correction oui non

Incompatibilités

Visite Médicale oui non

Possédez-vous le permis voiture..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Possédez-vous la formation 125..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Possédez-vous le permis A1..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Voyagez-vous fréquemment en moto..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Connaissez-vous le principe des vitesses..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Pratiquez-vous un sport motocycliste..... ?

OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----	--------------------------	-----

Utilisez-vous un vélo, un cyclo..... ?

1	2	3
---	---	---

*Pas du tout (1), un peu (2), couramment (3)*

A quelle tranche d'âge appartenez-vous

15 – 35 ANS ; 35 – 55 ANS ; 55 ANS et + .... ?

15- 35	35- 55	55+
-----------	-----------	-----



Ce panneau vous concerne-t-il ?

OUI  NON



Ce panneau vous concerne –t-il ?

OUI  NON



Le feu est rouge, je passe ?

OUI  NON

Résultats de l'évaluation :                    / 33

Volume de formation

Proposition acceptée : OUI    NON

Merci d'avoir pris quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

Date et signature

L'équipe pédagogique