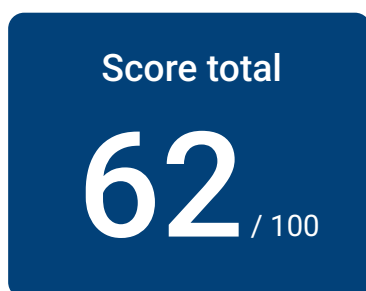


Bilan évaluation

Nom - Prénom Permis : Mail :
Port de lunettes ou de lentilles de contact : non



Expérience de la conduite	4/12
Connaissance du véhicule	10/15
Attitude à l'égard de la conduite et de la sécurité	8/8
Habilité	14/24
Compréhension et mémoire	7/11
Perception	19/27
Émotivité	0/3

Cachet de l'agence :

Nom du formateur :

N° d'autorisation d'enseigner :

Signature de l'élève :