



## DOCUMENT SYNTHETISANT LES BESOINS D'UN ÉLÈVE -- APPRENTI :

### Questionnaire d'entrée dans le cadre de la formation professionnelle

#### **1. Informations générales :**

Nom / Prénom	
Coordonnées	
Expérience(s) professionnelle(s)	
Opérateur de Compétences (OPCO)	
Financier	

#### **2. Projet de l'apprenant :**

Motivation pour suivre la formation	
Objectif professionnel	

#### **3. Attente vis-à-vis de la formation et la motivation :**

Attente	
Motivation(s)	

#### **4. Disponibilité pour la formation :**

Temps consacré à l'apprentissage	
Périodes, horaires, journée pour la formation	
Expérience(s)	



### Questionnaire d'Inscription :

1. Avez-vous un permis AM ou un B.S.R. (conduite des cyclo de moins de 50 cm3) ?
  - Permis AM
  - BSR
  - Aucun des deux
  
2. Avez-vous des incompatibilités médicales avec la conduite, nécessitant un suivi médical ?
  - Diabète
  - Epilepsie
  - Acuité visuelle inférieure à 5/10 sur l'ensemble des deux yeux.
  - Déficience auditive
  - Autres
  - Aucune incompatibilité médicale connue.
  
3. Portez-vous un dispositif de correction de la vision (lunettes, lentilles) ?
  - OUI
  - NON
  
4. Avez-vous déjà été inscrit dans une auto-école (même il y a très longtemps) ?
  - OUI
  - NON
  
5. Avez-vous lu et accepté le règlement intérieur ?
  - OUI
  - NON
  
6. Etes-vous porteur d'un handicap ?
 

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Handicap mental (ou déficience intellectuelle)</li> <li><input type="radio"/> Handicap auditif</li> <li><input type="radio"/> Handicap visuel</li> <li><input type="radio"/> Handicap moteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Autisme et Troubles Envahissants du Développement</li> <li><input type="radio"/> Handicap Psychique</li> <li><input type="radio"/> Plurihandicap</li> <li><input type="radio"/> Polyhandicap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Traumatismes crâniens</li> <li><input type="radio"/> Maladies dégénératives</li> <li><input type="radio"/> Les troubles dys</li> </ul>
--	--	---

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Numéro de téléphone (mobile)	
Adresse mail :	
Adresse postale complète	Numéro : Rue :  Code postal : Ville
Signature précédée de la mention : "lu et approuvé"	