

NUMERO DE DECLARATION D ACTIVITE : 76341479534

Auto Ecole Autoschool
 254 avenue Louis Cancel
 34270 Saint Mathieu de Treviers
 Tél.: 06 64 44 11 28
 Mail:autoschool34270@gmail.com
 Agrt: E2303400130 Siret: 79778077200027
 N° TVA Intracommunautaire: FR24797780772



CE DOCUMENT EST DISPONIBLE SUR SIMPLE DEMANDE AUPRES DU SECRETARIAT

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)	.....

NUMERO DE DECLARATION D ACTIVITE : 76341479534

Auto Ecole Autoschool
 254 avenue Louis Cancel
 34270 Saint Mathieu de Treviers
 Tél.: 06 64 44 11 28
 Mail:autoschool34270@gmail.com
 Agrt: E2303400130 Siret: 79778077200027
 N° TVA Intracommunautaire: FR24797780772



CE DOCUMENT EST DISPONIBLE SUR SIMPLE DEMANDE AUPRES DU SECRETARIAT

Questionnaire d'Inscription:

1. Avez-vous un permis AM ou un AM option quadricycle ?
 - Permis AM
 - Permis AM Quadricycle
 - Aucun des deux
2. Avez-vous des incompatibilités médicales avec la conduite, nécessitant un suivi médical ?
 - Diabète
 - Epilepsie
 - Déficience auditive
 - Acuité visuelle inférieure à 5/10e sur l'ensemble des deux yeux ?
 - Autre.....
 - Aucune incompatibilité médicale connue
3. Avez-vous lu et accepté le règlement intérieur ?
 - Oui
 - Non
4. Portez-vous un dispositif de correction de la vision (lunettes, lentilles) ?
 - Oui
 - Non
5. Avez-vous déjà été inscrit dans une auto-école (même s'il y a longtemps) ?
 - Oui
 - Non
6. Etes-vous porteur d'un handicap ?
 - Handicap mental (ou déficience Intellectuelle)
 - Handicap auditif
 - Handicap visuel
 - Handicap moteur
 - Autisme et Troubles Envahissants du Développement
 - Handicap psychique
 - Pluri-handicap
 - Polyhandicap
 - Traumatisme crânien
 - Maladies dégénératives
 - Les troubles dys

Nom	.....
Prénom	.....
Date de naissance	...../...../..... à
Numéro de Téléphone mobile	.....
Adresse mail	.....
Adresse postale complète	Numéro :..... Rue : Code postal : Ville :
Signature précédée de la mention : « lu et approuvé »	