

# INSTALLATION SOLAIRE AUTONOME

## QUESTIONNAIRE

NOM :	Prénom :
Adresse :	Code Postal :
	Ville :
Tel. :	Fax :
Adresse de l'installation :	
Espace ensoleillé plein sud disponible : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à étudier	
Distance entre les modules solaires et le local technique : ..... m	
<b>Fréquence d'utilisation :</b>	
<input type="checkbox"/> toute l'année <input type="checkbox"/> Week-ends <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> vacances	
<b>Mois :</b>	
<input type="checkbox"/> Janv <input type="checkbox"/> Fév <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Juillet <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/> Sept <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Déc	

### CONSOMMATION JOURNALIERE

Points d'éclairage	Consommation (Watt)	Durée d'utilisation (h)	Appareils	Consommation (Watt)	Durée d'utilisation (h)
Cuisine			TV		
Salon			Chaîne Hi-Fi		
S à M			Magnétoscope		
Chambre 1			Ordinateur		
Chambre 2			Brûleur		
Chambre 3			Réfrigérateur		
Salle de bains			Congélateur		
WC			Aspirateur		
Couloir			Fer à repasser		
Cave			Electro-ménager		
Extérieur			Outillage		
Autre			Pompe		

### AUTRE SOURCE D'ALIMENTATION :

Groupe électrogène existant :  non  oui      Puissance en kW : .....

Autonomie du système souhaitée : ..... en jours      ..... en heures

### SI INSTALLATION EXISTANTE

Descriptif :