



# 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 (h)	Appareils	Consommation (Watt)				Durée (h)
	12v	24v	48v	230v			12v	24v	48v	230v	
Cuisine						TV					
Salon						Chaine 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 :