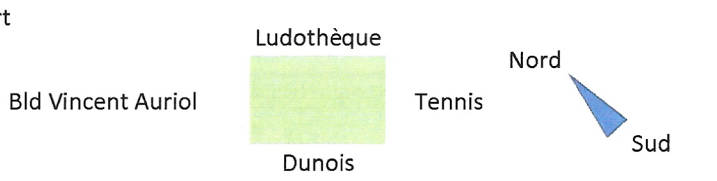




Nom de la copropriété : Tour CHEOPS  
Adresse de la copropriété : Square Dunois 75013 PARIS

Numéro d'appartement

### ENQUÊTE AUPRES DES OCCUPANTS DANS LE CADRE DE L'AUDIT ENERGETIQUE

| L'APPARTEMENT                                                                                                                                              |                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A quel étage est situé votre logement ?                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ..... Étage                                                                                                                       |                                                                                                                    |
| Sa position est-elle particulière à cet étage ?                                                                                                            |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sous toiture terrasse<br><input type="checkbox"/> Sur étage technique                                                             | <input type="checkbox"/> Etages intermédiaires                                                                     |
| Quelle est son orientation ?                                                                                                                               |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> A localiser sur carré vert                                                                                                        |                                                                                                                    |
| <div style="text-align: center;"></div>                                  |                                                                                                                    |
| Quelle est la surface en m <sup>2</sup> de votre appartement ?                                                                                             |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ..... m <sup>2</sup>                                                                                                              |                                                                                                                    |
| Quelle est la typologie de votre appartement                                                                                                               |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Studette<br><input type="checkbox"/> (1 chambre et 1 séjour) T2<br><input type="checkbox"/> T4<br><input type="checkbox"/> Duplex | <input type="checkbox"/> T1<br><input type="checkbox"/> (2 chambres et 1 séjour) T3<br><input type="checkbox"/> T5 |
| Surface extérieure                                                                                                                                         |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Balcon                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Surface indicative .....m <sup>2</sup>                                                    |
| Quel est le nombre d'occupants dans l'appartement.                                                                                                         |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ..... Occupants                                                                                                                   |                                                                                                                    |
| Temps d'occupation en pourcentage du mois d'octobre à avril inclus de votre appartement                                                                    |                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> ..... %                                                                                                                           |                                                                                                                    |

| EQUIPEMENTS INTERIEURS                                                           |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quel type de vitrage est installé dans votre appartement                         |                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Double vitrage d'origine                                | <input type="checkbox"/> Double vitrage remplacé<br><input type="checkbox"/> Si le vitrage a été remplacé, quelle est la date d'installation et les caractéristiques? |
| Quelle est la composition de vos bâtis de fenêtres?                              |                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> PVC<br><input type="checkbox"/> Acier                   | <input type="checkbox"/> Aluminium<br><input type="checkbox"/> Bois                                                                                                   |
| Quelle est le type de fenêtres                                                   |                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Battantes<br><input type="checkbox"/> Oscillo Battantes | <input type="checkbox"/> Coulissantes                                                                                                                                 |
| Pour quelles fenêtres avez-vous des volets (ou autres protection extérieures) ?  |                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Séjour<br><input type="checkbox"/> Chambres             | <input type="checkbox"/> Cuisine<br><input type="checkbox"/> Aucune                                                                                                   |
| Utilisez vous un système de climatisation indépendant ?                          |                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                          |



### CONFORT THERMIQUE

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avez-vous souvent froid en hiver ?                                                                                                            |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Oui<br>Si oui, dans quels conditions?                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                     |
| Avez-vous chaud en hiver ?                                                                                                                    |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                     |
| A quelle température vivez-vous l'hiver ?                                                                                                     |                                                                                                                                                  |
| Pièces à vivre<br><input type="checkbox"/> ..... °C                                                                                           | Chambres<br><input type="checkbox"/> ..... °C                                                                                                    |
| Les radiateurs sont-ils presque toujours ou jamais en service?                                                                                |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Presque toujours                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Presque jamais                                                                                                          |
| Certains radiateurs ont-ils été supprimés ?                                                                                                   |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Oui<br>Si oui, combien? .....                                                                                           |
| Quel est votre plus grand inconfort en parties privatives ? (votre appartement)                                                               |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Humidité<br><input type="checkbox"/> Froid/chaud<br><input type="checkbox"/> Odeur<br><input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Courant d'Air<br><input type="checkbox"/> Bruit de ventilation<br><input type="checkbox"/> Bruit extérieur (à préciser) |
| Quel est votre plus grand inconfort en parties communes ? (Paliers, Couloirs...)                                                              |                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Humidité<br><input type="checkbox"/> Froid/chaud<br><input type="checkbox"/> Odeur                                   | <input type="checkbox"/> Courant d'Air<br><input type="checkbox"/> Bruit<br><input type="checkbox"/> Autre                                       |

### ENERGIE

|                                                             |                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Combien de lampes avez-vous dans votre logement ?           |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui                                | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous installé des ampoules basse consommation ou LED ? |                              |
| <input type="checkbox"/> Si Oui Combien ?                   |                              |

### EQUIPEMENTS PROCESS

|                                                                                            |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Utilisez-vous parfois un chauffage d'appoint (type radiateur électrique ou autre) ?        |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                               | <input type="checkbox"/> Non |
| Pensez-vous que le temps écoulé pour obtenir de l'eau chaude est long ?                    |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui - (choisissez OUI si l'ECS met plus de 30 secondes à arriver) | <input type="checkbox"/> Non |
| Le débit de l'ECS est-il suffisant ?                                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                               | <input type="checkbox"/> Non |
| La température de l'ECS est-elle suffisante ?                                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui                                                               | <input type="checkbox"/> Non |



### CONCLUSION

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quels travaux avez-vous déjà réalisé afin d'améliorer la performance énergétique de votre appartement ?                                     |                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Changer des fenêtres<br><input type="checkbox"/> Isolation<br><input type="checkbox"/> Aucun                       | <input type="checkbox"/> Changement de l'éclairage<br><input type="checkbox"/> Isolation des coffres et volets roulants<br><input type="checkbox"/> Je ne suis pas propriétaire |
| Quel(s) est(sont) selon vous le(s) poste(s) qui mériterait(ent) d'être amélioré(s) ?                                                        |                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Menuiseries et ouvrants<br><input type="checkbox"/> Chauffage<br><input type="checkbox"/> Autre                    | <input type="checkbox"/> Production ECS<br><input type="checkbox"/> Ventilation et infiltrations<br><input type="checkbox"/> Je ne sais pas                                     |
| Dans le cadre de l'audit énergétique, avez-vous des remarques supplémentaires spécifiques à votre copropriété ?<br><input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                 |

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.