



## Résidence Harmonie Ouest

AUDIT ENERGETIQUE PORTANT SUR LE BÂTI ET LES INSTALLATIONS DE CHAUFFAGE

### Questionnaire sur le ressenti des occupants / résidents

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce questionnaire sur son format informatique, via notre site internet [www.energieetservice.fr](http://www.energieetservice.fr) en suivant la procédure suivante :



Email :  
Mot de passe :



**AUDIT ENERGETIQUE :**  
Questionnaire de ressenti du confort



**Remplir le questionnaire** → Votre résidence : Harmonie Ouest

Si le format papier a votre préférence, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant et le déposer **au plus tard le vendredi 29 avril 2016** à la loge.

ENERGIE ET SERVICE

	QUESTIONS	RÉPONSES
GENERALITES	Situation de l'occupant (Facultatif)	Nom : _____ <input type="checkbox"/> LOCATAIRE <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE
	Adresse et étage	Adresse : _____ Cage d'escalier : _____ Étage : _____
	Type de votre logement	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6
	Situation de votre logement (plusieurs réponses possible)	<input type="checkbox"/> EN PIGNON <input type="checkbox"/> TRAVERSANT <input type="checkbox"/> 1 FACADE EXPOSÉE
		Orientation : <input type="checkbox"/> NORD <input type="checkbox"/> SUD <input type="checkbox"/> EST <input type="checkbox"/> OUEST
	Comment évaluez-vous vos charges liées à l'énergie (chauffage, eau chaude...) ?	<input type="checkbox"/> EXCESSIVES <input type="checkbox"/> CORRECTES <input type="checkbox"/> BASSES
	Quel vitrage possédez-vous en majorité ?	<input type="checkbox"/> SIMPLE VITRAGE <input type="checkbox"/> DOUBLE VITRAGE
	Fermez-vous vos volets la nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ABSENCE DE VOLETS
EAU CHAUDE	Avez-vous déjà réalisé des travaux dans votre logement pour améliorer le confort thermique (remplacement des radiateurs ou fenêtres...)	<input type="checkbox"/> OUI : _____ <input type="checkbox"/> NON : _____
	Température de l'eau chaude	<input type="checkbox"/> TROP CHAUDE <input type="checkbox"/> CORRECTE <input type="checkbox"/> INSUFFISANTE
	Temps d'attente avant l'arrivée de l'eau chaude au robinet	<input type="checkbox"/> t < 10 sec. <input type="checkbox"/> 10 < t < 30 sec. <input type="checkbox"/> t > 30 sec.



<b>CONFORT THERMIQUE</b>	Chaleur ressentie en hiver dans votre logement	<input type="checkbox"/> CHAUD <input type="checkbox"/> CONVENABLE <input type="checkbox"/> FROID Température estimée : _____ °C
	Quel type de désagrément ressentez-vous en hiver ?	<input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> COURANT D'AIR FRAIS <input type="checkbox"/> DISPARITÉ DES TEMPÉRATURES SUIVANT LES PIÈCES <input type="checkbox"/> SENSATION DE FROID PRÈS DES MURS ET/OU DES FENÊTRES <input type="checkbox"/> PHÉNOMÈNES DE CHAUD/FROID INTERMITTENTS <input type="checkbox"/> DYSFONCTIONNEMENT D'UN RADIATEUR <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
	Quel est majoritairement le type de robinet sur vos radiateurs ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ROBINETS THERMOSTATIQUES   </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ROBINETS SIMPLES   </div> </div>

<b>ECLAIRAGE</b>	L'éclairage naturel de votre logement est-il suffisant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Disposez-vous d'ampoule basse consommation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT
	L'éclairage en parties communes est-il satisfaisant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>VENTILATION</b>	Humidité ambiante et pollution de l'air (nécessité d'aérer)	Cuisine : <input type="checkbox"/> IMPORTANTE <input type="checkbox"/> CORRECTE Sdb : <input type="checkbox"/> IMPORTANTE <input type="checkbox"/> CORRECTE
	Durée moyenne d'aération par jour <u>en hiver</u> (ouverture des fenêtres)	_____ min par jour

<b>CONFORT ACOUSTIQUE</b>	Etes-vous gêné par les bruits environnants ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Où sont situées ces nuisances ?	<input type="checkbox"/> À L'EXTERIEUR DE L'IMMEUBLE <input type="checkbox"/> LA VENTILATION <input type="checkbox"/> LA CHAUFFERIE / LE RESEAU DE CHAUFFAGE <input type="checkbox"/> LOGEMENT A PROXIMITE <input type="checkbox"/> LES PARTIES COMMUNES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____

<b>AMELIORATION DU CONFORT</b>	Sur quels postes souhaitez-vous voir une amélioration du confort dans votre logement ?	<input type="checkbox"/> CHAUFFAGE <input type="checkbox"/> EAU CHAUDE SANITAIRE <input type="checkbox"/> VENTILATION <input type="checkbox"/> ECLAIRAGE <input type="checkbox"/> ISOLATION THERMIQUE <input type="checkbox"/> ISOLATION PHONIQUE
	Seriez-vous prêt à investir dans des travaux de rénovation énergétique de la copropriété ?  Si <u>oui</u> , quel temps de retour sur investissement vous paraît acceptable ?	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> JE NE SOUHAITE PAS INVESTIR                  -----  <input type="checkbox"/> JE SOUHAITE INVESTIR                  Temps de retour sur investissement :             </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> &lt; 5ans  <input type="checkbox"/> entre 10 et 15 ans                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> entre 5 et 10 ans  <input type="checkbox"/> &gt; 15 ans                 </div> </div>