

Aide à la prescription « Film pour vitrage »

Votre Nom et prénom ou enseigne : _____

1 / Quel est le but ?

<u>OCCULTATION</u> :	Des regards Intimité totale Intimité partielle Voir sans être vu	Masquer un vitrage Recouvrir totalement Recouvrir partiellement	La lumière Laisse entrer la lumière Réduit l'éblouissement Nuit noire en plein jour
<u>SOLAIRE</u> : ANTI -	Chaleur	L'éblouissement	La décoloration
<u>SECURITE</u> :	De la personne	Retardataire d'effraction	Anti-éclat (CEVESO) Anti graffitis
<u>DECORATIF</u> :	Uni Blanc ou noir Dépoli Couleur	A lignes Blanches Dépolies	A motifs Abstraits ou Géométriques Floraux Design

2/ Type de film ?

Adhésif Vitro statique

3/ Type de Vitrage ?

Simple vitrage Clair Teinté Feuilleté	Double vitrage Clair Teinté Feuilleté	Nouvelle génération Gaz Traitement faible émissivité Feuilleté
--	--	---

4/ Tailles de vitrages : _____

5/ Situation ?

Vitrage extérieure	Vitrage de cloison
Orientation : Sud - Nord - Est - Ouest	le coté le plus sombre : _____
Géolocalisation : Urbaine - Rurale	Le coté le plus lumineux : _____

6/ Priorités du client ?

Aspect souhaité	Luminosité	Pose	Efficacité
Métallisé	Clarté	Intérieure	Maximum
Discret	Teinté	Extérieure	Equilibré
Coloré : _____	Très Teinté		
Incolore	Opaque		

7/ Obstacle ?

Localisation	A l'extérieur	A l'intérieur
Hauteur vitrage : _____	Grilles	Grilles
Déport	Stores	Stores
Inclinaison	Arbres	Face granité
_____	Autres _____	_____

8/ Informations vous semblant importantes : _____

