

**Installation demandant à bénéficier d'une priorité
de maintien de son alimentation en énergie électrique
en cas de perturbation grave de l'équilibre du réseau de transport**

➤ **Établissement**

Nom de l'établissement :	
Adresse :	(rue , lieu-dit...) : code postal : commune :
Activité :	
Code NAF :	
N° SIRET :	
Personne à contacter (responsable de l'établissement ou responsable de la gestion électrique du site) :	Nom : Fonction : Tel : Courriel :
Effectif employé au lieu des installations :	

Établissement ne demandant pas, au regard des articles 2 et 4 de l'arrêté précité, à bénéficier d'une priorité dans son alimentation électrique en cas de circonstances particulières

➤ **Justification du classement en liste prioritaire au regard des articles 2 et 4 de l'arrêté du 5 juillet 1990 fixant les consignes générales de délestages sur les réseaux électriques.**

Établissement de santé : préciser le type d'établissement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier spécialisé lutte maladies mentales |
| <input type="checkbox"/> Hôpital des armées | <input type="checkbox"/> Hôpital local |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soins de service de santé des armées | <input type="checkbox"/> Établissement de convalescence et de repos |
| <input type="checkbox"/> Centre de lutte contre le cancer | <input type="checkbox"/> Établissement de réadaptation fonctionnelle |
| <input type="checkbox"/> Établissement de lutte contre la tuberculose | <input type="checkbox"/> Centres médico-psychologiques |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soin de longue durée rattaché à un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier | <input type="checkbox"/> Maisons de santé pour maladies mentales |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soin de courte durée | <input type="checkbox"/> Maisons d'enfant à caractère sanitaire |
| <input type="checkbox"/> Établissement de transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> Pouponnières à caractère sanitaire |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyse dont le fonctionnement est indispensable aux établissements énumérés ci-dessus | <input type="checkbox"/> Maisons d'enfant à caractère sanitaire permanente |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | <input type="checkbox"/> Établissement de soin de longue durée non inscrit sur la liste prioritaire |

Installation de signalisation et d'éclairage de la voie publique

- sécurité routière
- sécurité fluviale, maritime
- sécurité aérienne
- sécurité ferroviaire

Installation industrielle qui ne sauraient souffrir, sans subir de dommages, d'interruption dans leur fonctionnement, particulièrement celles d'entre elles qui intéressent la défense nationale

L'établissement est soumis à autorisation au titre des ICPE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, préciser les rubriques ICPE de classement :
L'établissement est classé SEVESO	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, préciser l'autonomie des moyens de secours prescrits dans l'arrêté préfectoral d'autorisation (en heures ou jours) :

L'établissement utilise des substances dangereuses présentant un risque de réaction non contrôlée en cas d'absence d'électricité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quelles substances et quels risques :	
Les barrières de sécurité sont-elles à sécurité positive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si non : sont-elles reliées à un système autonome ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'établissement injecte de l'électricité dans le réseau de distribution ou de transport	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les équipements sont nécessaires - à la continuité de la vie économique en période de restriction d'énergie électrique, - à des productions stratégiques ou alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, précisez lesquels :	

- **Description des installations concernées et des conséquences d'une interruption d'alimentation en électricité** (Nature et importance des risques encourus en cas d'interruption ou de réduction brutale de l'alimentation en énergie électrique) :

.....
.....
.....
.....

Pour les industriels, précisez les éléments suivants : Joindre au questionnaire toute pièce justifiant ces dommages.

Atteinte à la sécurité des personnes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez les risques :	
Domage aux installations : <i>détailler par exemple : prise en masse irréversible du verre dans le four ...</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez le coût de remplacement de l'installation :	
Domage à la production :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Précisez les dommages :	

- **Description de l'alimentation et des besoins en électricité - Caractéristiques de l'alimentation en énergie électrique des installations prioritaires**

En cas de délestage sur les réseaux électriques, il convient de supprimer dans les établissements dont l'alimentation est maintenue, toutes les consommations d'électricité qui ne présentent pas un caractère indispensable au regard des critères rappelés ci-dessus, et de faire fonctionner les installations à la puissance minimale de sécurité pour les maintenir en état et éviter tout incident.

.....
.....
.....

Alimentation de l'établissement par le réseau public	
Gestionnaire du réseau :	
Tension d'alimentation des installations (en Volts) :	
Raccordement HTB : indiquer la puissance minimale à maintenir en cas de délestage :	
Localisation du point de livraison (adresse commune ...)	
Référence d'acheminement (ou point de livraison, ou point de service) :	
Puissance(s) souscrite(s) :	
N° d'identification client (voir facture) :	
Identification du point de livraison :	
Observations éventuelles :	
Données fournies par :	Nom : Tél :

⇒ Fournir votre dernière facture du fournisseur d'électricité (indispensable).

⇒ Préciser les horaires de fonctionnement des installations sensibles :

.....
.....
.....

Moyens autonomes de production et de secours						
Type	Puissance électrique (kW)	Carburant	Durée d'autonomie	Installations alimentées en priorité	Ces moyens permettent-ils de mettre le site en sécurité ? Pendant combien de temps ?	Ces moyens permettent-ils d'arrêter l'outil de production sans dommages ?
1						
2						
3						
4						

➤ **Installations sensibles (justifiant une inscription au service prioritaire)**

Description des installations concernées, de leurs activités et de leurs fonctionnalités ; pour les industriels, détailler les fabrications nécessitant le maintien de l'alimentation électrique :

.....
.....
.....

Conséquences et risques en cas d'interruption d'alimentation en électricité :

.....
.....
.....

Délai d'un éventuel préavis de coupure permettant de prendre les mesures de sauvegarde nécessaires :

.....
.....
.....

Puissance minimum (KW) nécessaire pour assurer la préservation des installations ou de l'activité dont le maintien justifie une inscription :

.....
.....
.....

Durée de fonctionnement des installations à la puissance minimum pour réaliser un arrêt des activités sans mise en danger pour les personnes :

.....
.....
.....

Dispositions techniques mises en œuvre pour assurer le fonctionnement des installations en cas de réduction de la puissance fournie par le réseau public d'électricité ou d'interruption de l'alimentation par le réseau :

.....
.....
.....

Durée de fonctionnement des installations avec une alimentation reposant sur les seuls moyens autonomes :
Les produits fabriqués intéressent-ils la Défense Nationale ?

.....
.....
.....

Si oui à la question précédente, précisez lesquels et le % rapporté à la production totale ?

.....
.....
.....

Commentaires et compléments à prendre en compte :

.....
.....
.....

RETOUR D'EXPÉRIENCES

Lors des précédentes interruptions dans l'alimentation en énergie électrique :

Votre installation a-t-elle subi des dommages :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelles ont été les conséquences pour votre établissement :	Si OUI, quel en a été leur coût ? (avec justificatifs)
Avez-vous pris des mesures pour parer à cette coupure :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si OUI, lesquelles ?

Nom et fonction de la personne ayant rempli ce questionnaire :

A _____ , le

(signature)

(Prénom, NOM et qualité)

Avis de la Division Énergie :

- Favorable / Défavorable

- Commentaires :

Pour le directeur régional de l'environnement, de
l'aménagement et du logement et par délégation,
le chef de la division énergie,