



Service Assainissement  
Immeuble Le Quartz - 40 rue Mainssieux  
CS 80363- 38516 VOIRON Cedex  
Tél : 04 76 93 16 90 - Fax : 04 76 93 17 91

## CONTROLE PERIODIQUE

DE BON FONCTIONNEMENT ET D'ENTRETIEN  
D'UNE INSTALLATION  
D'ASSAINISSEMENT  
INDIVIDUEL EXISTANTE

Références réglementaires : Loi sur l'eau et les milieux aquatiques du 30 décembre 2006.  
Règlement du Service Assainissement non collectif

### 1) INFORMATIONS GENERALES

Date de la Visite : 23/10/2019

Heure : 13h30

N° Dossier : 5650244

Référence cadastrale : B10246

☐ Consultation pour vente à la demande :

☐ du propriétaire ☐ du Notaire / ou Agence

Personne présente : ☒ Propriétaire

☐ Occupant

☐ Refus

☐ Autre : .....

#### ❖ HABITATION

Code postal : 38340

Commune : VOIREPPE

Adresse de l'habitation contrôlée : 15 Rue de l'échaillon

Type de bâtiment :

☒ Habitation principale

☐ Habitation secondaire

☐ Autre : .....

Nombre d'occupants : 4

Nombre de pièces principales : 6

Nombre de chambres : 5

Année de construction : .....

☐ Inconnue

☒ Alimentation compteur

N° compteur : .....

N° Site : .....

☐ Alimentation par source

☐ Alimentation par puits

#### ❖ PROPRIETAIRE

Nom : HOFFMANN

Prénom : Dominique

Adresse du propriétaire : 15 Rue de l'échaillon

Code postal : 38340

Commune : VOIREPPE

N° de téléphone : 06 60 92 46 83 /

☐ Liste rouge

E-mail : .....

#### ❖ OCCUPANT (si différent du propriétaire)

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : ..... / ..... ☐ Liste rouge

### 2) HISTORIQUE DES CONTROLES

#### ❖ PRECEDENT CONTROLE

	Date :	Code Arco :
<input type="checkbox"/> Vérification de la bonne exécution des travaux suite à un PC	... / ... / .....	—
<input type="checkbox"/> Vérification de la bonne exécution des travaux suite à une réhabilitation	... / ... / .....	—
<input checked="" type="checkbox"/> 1er contrôle de vérification de l'installation existante	... / ... / .....	—
<input type="checkbox"/> Contrôle périodique de l'installation existante	... / ... / .....	—
<input type="checkbox"/> Contrôle effectué dans le cadre d'une vente	... / ... / .....	—



### 3) INSTALLATION

❖ DISPOSITIF DE PRÉTRAITEMENT ET/OU DE TRAITEMENT PRIMAIRE						
	Dimension	Volume supposé	Accessible		Visible	Déclaré
<input type="checkbox"/> Bac à graisses	.....litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fosse septique	<u>1500</u> litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fosse toutes eaux	.....litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filtre décolloïdeur	.....litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fosse étanche	.....litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Microstation			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Regard de collecte :	<u>EP + EP + Eau p'saine</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	.....		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poste de relevage			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ventilation de la fosse	<input type="checkbox"/> V. monte en sommet de toiture		<input type="checkbox"/> Sans informations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ DYSFONCTIONNEMENT(S) ET DEF AUT(S)			<input checked="" type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Défaut de fermeture pouvant présenter un danger	<input type="checkbox"/> Corrosion	<input type="checkbox"/> Odeurs	
<input type="checkbox"/> Dépôt de matière	<input type="checkbox"/> Résurgence en surface	<input type="checkbox"/> Engorgement	
<input type="checkbox"/> Contact direct possible avec les eaux usées	<input type="checkbox"/> Autre :	.....	

❖ CONCLUSION DU PRE-TRAITEMENT ET/OU DU TRAITEMENT PRIMAIRE				
Dispositif de traitement primaire / prétraitement :	<input type="checkbox"/> Complet	<input checked="" type="checkbox"/> Incomplet	<input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Sans Info
Fonctionnement :	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input checked="" type="checkbox"/> Sans Info
Dimensionnement suffisant :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Sans Info	

Absence de bac à graisses par les eaux ménagères.

❖ DISPOSITIF DE TRAITEMENT SECONDAIRE					
	Dimension	Accessible		Visible	Déclaré
<input type="checkbox"/> Tranchées d'épandage	.....ml	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lit d'épandage	.....m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filtre à sable non drainé	.....m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filtre à sable drainé	.....m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tertre d'infiltration	.....m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filtre à zéolite		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Regard de répartition - Profondeur :	.....cm	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Regard de bouclage - Profondeur :	.....cm	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Microstation : Type :	.....EH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Filtre compacte : Type :	.....EH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Regard de prélèvement		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poste de relevage		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ DYSFONCTIONNEMENT(S) ET DEF AUT(S)			<input checked="" type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Défaut de fermeture pouvant présenter un danger	<input type="checkbox"/> Corrosion	<input type="checkbox"/> Dépôt de Matière	
<input type="checkbox"/> Mauvaise répartition	<input type="checkbox"/> Résurgence en surface	<input type="checkbox"/> Engorgement	
<input type="checkbox"/> Contact direct possible avec les eaux usées	<input type="checkbox"/> Autre :	.....	
<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement non visible le jour du contrôle			

❖ CONCLUSION TRAITEMENT SECONDAIRE				
Dispositif de traitement :	<input type="checkbox"/> Complet	<input type="checkbox"/> Incomplet	<input checked="" type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Sans Info
Fonctionnement :	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input checked="" type="checkbox"/> Sans Info
Dimensionnement suffisant :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Sans Info	

Autre perdu. Supposé.



❖ REJET		<input type="checkbox"/> Aucun																																																																			
<input type="checkbox"/> <b>Rejet des eaux traitées</b> ▪ <u>Rejet en sous-sol</u> <input type="checkbox"/> Tranchée d'infiltration ..... <input type="checkbox"/> Puits d'infiltration ..... <input type="checkbox"/> Puits Perdu ..... ▪ <u>Rejet en milieu hydraulique superficiel</u> <input type="checkbox"/> Cours d'eau : ..... <input type="checkbox"/> Ecoulement pérenne <input type="checkbox"/> Fossé ..... <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Réseau EP ..... <input type="checkbox"/> Autre : ..... ○ <input type="checkbox"/> Présence de regard de visite ○ Autorisation du gestionnaire de l'exutoire ○ Etat exutoire : ..... ○ Test fluo .....	<input type="checkbox"/> <b>Rejet direct des EU</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ffffcc;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Accessible</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Visible</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Déclaré</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Accessible		Visible	Déclaré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ffffcc;"> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Visible</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Déclaré</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Visible	Déclaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessible		Visible	Déclaré																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Visible	Déclaré																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Description de la zone de rejet (Cette rubrique pourra être renseignée après le contrôle en fonction des données recueillies à posteriori) <input type="checkbox"/> Proximité d'une zone de baignade <input type="checkbox"/> Proximité d'un plan d'eau <input type="checkbox"/> Proximité d'un captage <input type="checkbox"/> Rejet sur une parcelle privée (voisin) <input type="checkbox"/> Rejet sur un terrain public <input type="checkbox"/> Proximité d'une zone classée (préciser) : .....		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oui</td><td><input type="checkbox"/> Non</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Risque environnemental Risque sanitaire		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evident</td> <td><input type="checkbox"/> Négligeable</td> <td><input type="checkbox"/> A déterminer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evident</td> <td><input type="checkbox"/> Négligeable</td> <td><input type="checkbox"/> A déterminer</td> </tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> Evident	<input type="checkbox"/> Négligeable	<input type="checkbox"/> A déterminer	<input type="checkbox"/> Evident	<input type="checkbox"/> Négligeable	<input type="checkbox"/> A déterminer																																																												
<input type="checkbox"/> Evident	<input type="checkbox"/> Négligeable	<input type="checkbox"/> A déterminer																																																																			
<input type="checkbox"/> Evident	<input type="checkbox"/> Négligeable	<input type="checkbox"/> A déterminer																																																																			

❖ ENTRETIEN		<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Bac à graisses : <input checked="" type="checkbox"/> Vidange Fosse / Microstation : <input type="checkbox"/> Préfiltre <input checked="" type="checkbox"/> Curage des drains : <input type="checkbox"/> Changement du Média filtrant : <input type="checkbox"/> Autre : ..... Justificatif : <b>THERY</b> Exécutant : ..... Contrat d'entretien : ..... Société : ..... Carnet d'entretien : ..... Nature des interventions : ..... <input type="checkbox"/> Pas d'entretien	Fréquence : ..... /an ..... /an ..... /an ..... /an ..... /an <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	Date : <b>4 / 4 / 2018</b> ..... / ..... / ..... ..... / ..... / ..... ..... / ..... / ..... ..... / ..... / ..... <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non

❖ EAUX PLUVIALES		
<input type="checkbox"/> Séparées <input type="checkbox"/> Cours d'eau <input type="checkbox"/> Fossé <input checked="" type="checkbox"/> Non séparées	<input type="checkbox"/> Visible <input checked="" type="checkbox"/> Puits Perdu <input type="checkbox"/> Réseau EP <input type="checkbox"/> Visible	<input checked="" type="checkbox"/> Non visible <input type="checkbox"/> En surface <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> Non visible

**OBSERVATIONS :** Une partie des eaux ménagères (Pore mains WC haut) se jette dans la fosse septique.

# ❖ MODIFICATION SYSTEME

☒ Aucune

Le système a-t-il été modifié ? Si oui, en quelle année : .....

A quel niveau ?

☐ Ensemble système

☐ Traitement secondaire

☐ Prétraitement / Traitement primaire

☐ Autre: .....

Descriptif : .....

Modification du terrain dans la zone du dispositif :

☐ Ajout de terre

☐ Stationnement de véhicule

☐ Plantation

☐ Autre : .....

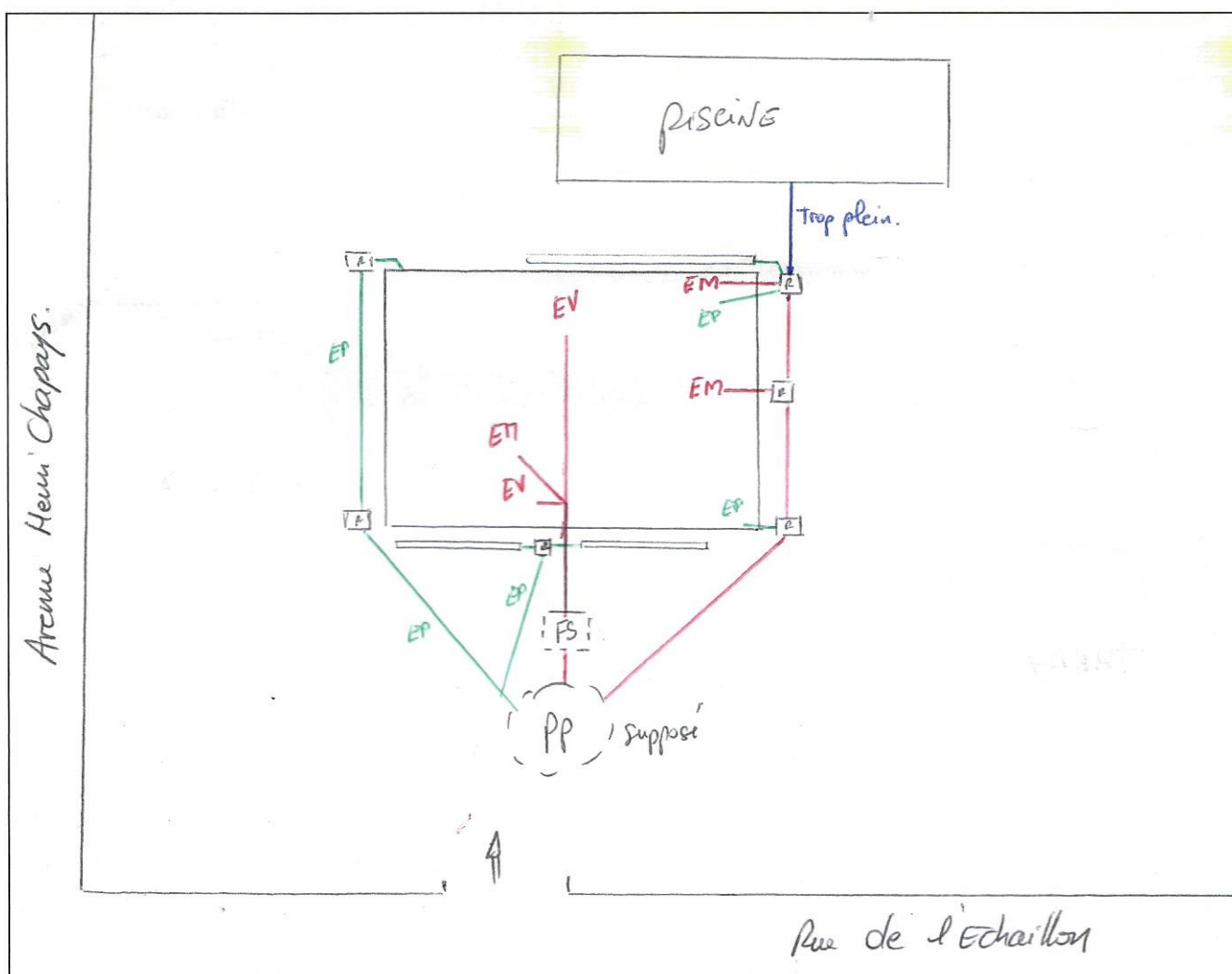
## OBSERVATIONS :

Certains faits mentionnés dans ce document peuvent être basés sur les dires du propriétaire de l'installation. Dans ce cas, la Communauté d'Agglomération du Pays Voironnais décline toutes les responsabilités si des informations erronées ont été fournies.

Ce document, complété à l'occasion du contrôle, est transmis accompagné d'une lettre comportant la classification et d'éventuelles observations concernant votre installation.

Le tout constitue un ensemble de 6 pages indissociables.

## 4) PLAN DE L'INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT INDIVIDUEL



Personnes présentes	Date et signature
<input checked="" type="checkbox"/> Le propriétaire	Le .. 23/10/2019
<input type="checkbox"/> Le représentant : .....	Signature :
<input type="checkbox"/> L'occupant	Le .....
	Signature: .....
Le contrôleur du service assainissement	Le .. 23/10/2019
<input checked="" type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> JMF <input type="checkbox"/> TN <input type="checkbox"/> CG <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> LM	Signature :