

FICHE D'AUTO-DIAGNOSTIC DE VOTRE LOGEMENT

Fiche réalisée :

- Sur déclaration de l'occupant
- Par un Travailleur Social ou une tierce personne (Nom, prénom et coordonnées) :
- Suite visite du Logement (Nom, prénom et coordonnées):

► Renseignements préalables :

| | |
|---|---|
| Vous êtes : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> Sous locataire <input type="checkbox"/> Colocataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Hébergé à titre gracieux <input type="checkbox"/> Autres : précisez | PROPRIÉTAIRE |
| Nom, Prénom : Adresse complète (la plus précise possible) : -Résidence : -Bâtiment : N° appart : Etage : -N° Rue -Code postal : Ville : Téléphone : Adresse mail : | Nom, Prénom : Adresse complète (la plus précise possible) : Téléphone : Adresse mail : |
| | AGENCE |
| | Nom : Adresse complète (la plus précise possible) : Téléphone : Adresse mail : |

► Éléments Généraux :

| | |
|--|--|
| Nombre d'occupants du logement : dont nombre d'enfants mineurs (préciser leurs âges) : | |
| Constat de risque d'exposition au plomb joint au bail ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP |

► **État général de votre logement**

| CONFIGURATION DE VOTRE LOGEMENT | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Nombre de pièces de votre logement : | | | |
| Si votre logement est composé de plusieurs pièces : | | | |
| La pièce principale est-elle inférieure à 9m ² ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Y-a-t-il une hauteur sous plafond inférieure à 2,20 m ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Si votre logement est composé d'une seule pièce : | | | |
| La surface de celle-ci est-elle inférieure à 9m ² ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| La hauteur sous plafond est-elle inférieure à 2,20 m ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Cette pièce est-elle en comble ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Votre logement est-il situé en sous-sol ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Éclairage | | | |
| Absence de fenêtre dans une pièce ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Fenêtre suffisantes pour vivre sans éclairage électrique dans la journée ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| ÉQUIPEMENT / CONFORT | | | |
| Chauffage | | | |
| Disposez-vous d'une installation de chauffage permanente ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Individuel (<i>précisez : poêle à bois, à charbon, gaz, radiateurs électriques ?</i>) | <input type="checkbox"/> oui | | |
| Collectif par immeuble | <input type="checkbox"/> oui | | |
| Votre chauffage est-il suffisant ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Utilisez-vous un chauffage d'appoint ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il des tuyaux d'évacuation des fumées ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il une prise spéciale pour le chauffage (électrique) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Installation d'eau | | | |
| Avez-vous une alimentation en eau potable | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| La pression ou le débit d'eau est-il suffisant ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Avez-vous de l'eau chaude ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Sanitaires | | | |
| Y a-t-il un WC à l'intérieur du logement ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Si c'est non, est-il loin de votre logement ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Avez-vous une salle d'eau | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Votre WC ou salle d'eau s'ouvre sur la cuisine ou la salle à manger | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Cuisine ou coin cuisine | | | |
| Y a-t-il une cuisine ou un coin cuisine ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Aération du logement | | | |
| Y a-t-il des ventilations dans la salle de bain/WC ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Y a-t-il une ventilation dans la cuisine ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Évacuation des eaux usées | | | |
| Y a-t-il un siphon pour l'évacuation des eaux usées ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Y a-t-il des remontées d'eaux usées/d'odeurs ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| DÉGRADATIONS DANS VOTRE LOGEMENT | | | |
| L'installation électrique | | | |
| Avez-vous un compteur électrique individuel ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il un tableau de protection, un disjoncteur dans votre logement ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il une prise de terre ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Les prises électriques sont-elles suffisantes ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Votre électricité « saute-elle » souvent ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il des fils apparents dénudés ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Autres | | | |
| Présence d'insectes/rongeurs ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Votre logement est-il humide ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| Y a-t-il des tâches d'humidité dans les pièces ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Les portes et les fenêtres ferment-elles bien ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il une fuite ou infiltration d'eau par les toits, les fenêtres et les façades | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il des risques d'effondrement du plafond ou du plancher ? Sol déformé ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Les garde-corps et rampes sont-ils présents et solides ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| L'état des murs est-il correct ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Y a-t-il de la peinture ancienne écaillée ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Voyez-vous des fissures ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Notez-vous d'autres problèmes ? <i>Si oui, à préciser :</i> | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

► **État général des parties et équipements d'usage collectif. À remplir si votre logement est situé dans un immeuble collectif**

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Les murs extérieurs présentent-ils des fissures et y a-t-il des éléments qui tombent ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Les murs à l'intérieur du bâtiment (couloirs, entrées, ...) présentent-ils des fissures et y a-t-il des éléments qui tombent ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Les garde-corps et rampes sont-ils présents et solides ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Les escaliers sont-ils en mauvais état, déformés, avec risques de chute ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| S'il y a un ascenseur, celui-ci fonctionne-t-il régulièrement et correctement ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| L'éclairage des entrées et couloirs est-il permanent et correct ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| L'installation électrique vous semble-t-elle dangereuse ? (fil nu, compteur vétuste, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Voyez-vous des fuites ou infiltrations d'eau par la toiture ou la façade ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Des eaux usées qui stagnent ou remontent ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

