



FICHE DE SIGNALEMENT DU .. / .. /

Remplie par :
Organisme :
Tél, port, mail :

Visite à domicile Déclaration locataire

INFORMATIONS GENERALES SUR LE LOGEMENT

Adresse :	
Étage, Esc., n°de porte...:	
Commune :	Code Postal :
Type d'habitation	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Autre :
Nombre de pièces	
Surface	
Montant du Loyer	

INFORMATIONS GENERALES SUR LE LOCATAIRE

Nom, Prénom :	
Tél, port, mail :	
Nombre de personnes occupant le logement	<input type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Enfants ; âge(s) : <input type="checkbox"/> Femme enceinte
Suivi social	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, référent social ?	
Date d'entrée dans les lieux :	
Allocation Logement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> montant : <input type="checkbox"/> non
Si oui, versée en tiers payant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PROPRIETAIRE

Nom, Prénom du propriétaire ou du gérant :	
Adresse :	
Étage, Esc., n°de porte...:	
Commune :	Code Postal :
Tél, port, mail :	

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

BAIL

Signature d'un bail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
État des lieux réalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diagnostic de Performance Énergétique (DPE) fourni ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, Classe du logement :	
Logement datant d'avant 1948 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, Constat des Risques d'Exposition au Plomb (CREP) fourni ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DESCRIPTIF DU LOGEMENT

EXTERIEUR DU BATIMENT

État des abords :	
Les dispositifs d'évacuation des eaux usées et pluviales sont-ils en bon état de fonctionnement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Absence
La couverture paraît-elle en bon état ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

ENTRETIEN ET UTILISATION DU LOGEMENT

Le logement et ses abords sont-ils bien entretenus ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence importante d'animaux dans le logement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

HABITABILITE

 Les caves, sous-sols, garages ou locaux commerciaux sont-ils occupés comme logement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 L'éclairage naturel des pièces principales semble-t-il suffisant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 Les pièces principales disposent-elles d'une fenêtre donnant directement sur l'extérieur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 Le logement dispose-t-il au minimum d'une pièce principale d'au moins 9 m² de surface habitable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 Les pièces principales du logement ont-elles une hauteur sous plafond au moins égale à 2,20 m	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VENTILATION DES LOCAUX

Le logement est-il équipé d'une Ventilation Mécanique Contrôlée (VMC) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cuisine Grille d'aération basse Grille d'aération haute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
W.C. Grille d'aération basse Grille d'aération haute Fenêtre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Salle de bains Grille d'aération basse Grille d'aération haute Fenêtre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les ventilations sont-elles obstruées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les fenêtres et portes s'ouvrent-elles normalement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ETAT DES SURFACES

Les parois intérieures (murs et plafonds) présentent-elles des traces d'humidité ou de moisissures ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pièces concernées :	
Les peintures des parois intérieures sont-elles dégradées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pièces concernées :	

INSTALLATIONS SANITAIRES

Le logement est-il équipé d'installations sanitaires :	
WC situés à l'intérieur du logement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
WC séparés de la cuisine et de la salle à manger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Salle de bain	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

EAU POTABLE

Comment le logement est-il alimenté en eau potable ?	<input type="checkbox"/> Réseau public <input type="checkbox"/> Puits privé
---	--

CHAUFFAGE

Le logement semble-t-il correctement chauffé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Température ambiante ressentie satisfaisante ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>°C

Montant de la facture annuelle de chauffage ?	<input type="checkbox"/>€ <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Mode de chauffage et type d'énergie ?	<input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Poêle à pétrole <input type="checkbox"/> Fuel

Si absence, à détailler :

L'occupant utilise-t-il un/des chauffages d'appoint ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Si oui, à détailler :

Le logement semble-t-il correctement isolé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	---

 Dans la pièce où est située l'appareil de combustion : Ventilation haute Ventilation basse VMC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 L'appareil de combustion et les tuyaux d'évacuation des fumées semblent en bon état ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 L'entretien annuel est-il réalisé par le(s) locataire(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ELECTRICITE

 L'installation électrique semble-t-elle sécurisée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 L'installation électrique permet-elle le bon fonctionnement des appareils ménagers ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RISQUES PARTICULIERS

 Le logement ou ses accès semble-t-il présenter un risque de chute ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 Le logement ou ses accès semble-t-il présenter un risque d'effondrement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUTRES PRECISIONS

--