



Contrôle de réalisation d'assainissement non collectif

**FO 2**

Communauté de Communes Haute Combraille

Date du contrôle :**Date de l'avis de passage :****Passage effectué :** Avant remblaiement Après remblaiement (dans ce cas, le contrôle de bonne exécution ne peut être que partiel)

Le cas échéant : Date et délivrance du permis de construire :

N° du permis de construire :

Date du contrôle de conception et d'implantation :

Adresse de l'immeuble :

Code postal : Commune :

Section et numéro du cadastre de l'installation :

Propriétaire de l'immeuble

Nom et prénom du propriétaire :

Adresse (si différente de l'immeuble) :

Code postal : Commune:

Tel :

Occupant de l'immeuble (si différente du propriétaire)

Nom et prénom de l'usager :

Tél :

Adresse du service de contrôle:

.....

Code postal : Commune:

Tél :

Pour ce contrôle : le contrôleur se munira de tous les éléments indispensables à la connaissance du dispositif.

 Passage en cours de réalisation :- *pré traitement* en cours de réalisation terminé- *traitement* en cours de réalisation terminé



Contrôle de réalisation d'assainissement non collectif



FO 2

Communauté de Communes Haute Combraille

● Observations

• **VENTILATION**

- Existe-t-il une ventilation primaire servant de prise d'air en amont de la fosse ?
- Présence d'une ventilation en aval de la fosse toutes eaux ou de la fosse septique ?
- Diamètre intérieur des canalisations > 100 mm ?
- Présence d'un extracteur de ventilation statique ou éolien ?
- La sortie d'air de la ventilation après la fosse se fait-elle au-dessus des locaux d'habitation ?

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

● Observations :

LE PREFILTRE (LE CAS ECHEANT) cf. réf. Fiche 7 et FO 1

- Le préfiltre est-il incorporé à la fosse toutes eaux ?
- Présence de matériaux filtrants ?
- Le volume du préfiltre est-il conforme à celui du projet validé ?

OUI NON

OUI NON

OUI NON

LE BAC A GRAISSES (LE CAS ECHEANT) cf. réf. Fiche 6 et FO 1

- Le volume du bac à graisse est-il conforme à celui du projet validé ?
- Le bac à graisse est-il convenablement posé ?

OUI NON

OUI NON

TRAITEMENT :

Cocher la filière concernée et remplir la partie correspondante :

- * 1. Traitement par des **tranchées d'épandage à faible profondeur**
- * 2. Traitement par un **lit d'épandage à faible profondeur**
- * 3. Traitement par un **lit filtrant non drainé à flux vertical**
- * 4. Traitement par un **tertre d'infiltration**
- * 5. Traitement par un **lit filtrant drainé à flux vertical**
- * 6. Traitement par un **lit filtrant drainé à flux horizontal**
- * 7. Traitement par une **Micro-station**
- *

1. TRANCHEES D'EPANDAGE A FAIBLE PROFONDEUR (cf. fiche 8)

Regard de répartition

- Présence d'un regard de répartition ?
- est-il accessible ?
- Est-il posé horizontalement ?
- Tampon amovible hermétique ?
- L'écoulement des effluents vers le traitement se fait-il correctement ?
- Chaque tuyau d'épandage est-il alimenté de manière indépendante à partir du regard de répartition ?
- Les tuyaux de répartition sont-ils non perforés ?

Vérification des matériaux :

- Présence de graviers lavés d'une granulométrie de 10/40 mm en épaisseur suffisante ?
- Les tuyaux d'épandage mis en place sont-ils des tuyaux rigides perforés prévus pour l'assainissement non collectif ?

Dimensionnement de la filière de traitement

- La longueur d'une ligne de tuyaux est elle inférieure ou égale à 30 mètres ?
- Le dimensionnement du système de tranchées d'épandage

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON



Contrôle de réalisation d'assainissement non collectif

**FO 2**

Communauté de Communes Haute Combraille

matériaux filtrants ?

- Si nécessaire y'a-t-il un film imperméable en fond de fouille sur les côtés ?

OUI NON

• Observations :

7. MICRO-STATION

Regard de répartition

- Présence d'un regard de répartition ?
- est-il accessible ?
- Est-il posé horizontalement?
- Tampon amovible hermétique?
- L'écoulement des effluents vers le traitement se fait-il correctement ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Référence de la micro-station :

Nombre d'équivalent
Habitant:.....

- Fabricant :
- Référence : n°
- Type :
- N° d'agrément :

• Observations :

L'EVACUATION (DISPOSITIFS DRAINES)

PAR REJET VERS LE MILIEU SUPERFICIEL

- Le rejet est-il réalisé conformément au projet validé ?

OUI NON

PAR PUIITS D'INFILTRATION (cf. réf. Fiche 14)

- Présence de matériaux d'une granulométrie 40/80 mm ?
- Déversement des eaux traitées éloigné de la paroi ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Date et Signature du propriétaire :

PROPOSITION D'AVIS DU CONTROLEUR

Avis favorable Avis défavorable

Commentaires :

Date, Nom et signature du contrôleur :

AVIS DU MAIRE

Avis favorable Avis défavorable

Commentaires :

Date, Nom et signature du service en charge du contrôle :