

SIGNALEMENT DU LOCATAIRE

NOM : **Prénom(s)** :

Date de naissance/...../..... **Lieu de Naissance**

Profession **Téléphone** :

Adresse e-mail :

Combien de personnes vivent dans le logement ?

Nombre d'adultes : **Dont femme enceinte** : **Dont personne en situation de handicap** : .

Nombre d'enfants : **Quel âge ont vos enfants ?**

Adresse exacte du logement :

.....

Bâtiment : **code** : **Étage** : **porte** : **palier** :

Ville : **Code postale** :

Date d'entrée dans les lieux : **Type de bail** : meublé classique

Logement social **Logement privé** **Vous êtes suivi par une assistante sociale ?** oui non

Allocataire CAF ? Oui non **Si Oui, numéro d'allocataire** :

Numéro de demande de logement social : **DALO ?** : oui non

Montant mensuel du loyer (dont charges) :

Catégorie du logement : Hôtel meublé Appartement Maison individuelle Pavillon divisé

Sous-Sol/Cave Combles/sous les toits Garage/local Autre : (préciser) :

Propriétaire/ Bailleur (Nom et prénom) :

Adresse du propriétaire :

Syndic de l'immeuble (nom et coordonnées) :

Avez-vous transmis un courrier de réclamation à votre propriétaire ? oui non

Avez-vous reçu des menaces de votre propriétaire ? oui non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR VOTRE LOGEMENT

1. Votre logement dispose des éléments suivants ?

pièce principale de plus de 9m² cuisine avec évier WC à l'intérieur WC à l'extérieur du logement salle de bains/salle d'eau chambre (nombre de chambres :)

2. Indiquer si dans les pièces de vie (salon, chambre, ...) il manque les éléments suivants :

une hauteur sous plafond de 2,20m minimum une fenêtre ouvrant sur l'extérieur
 un dispositif de chauffage

3. Ouvrants (fenêtres, portes, ...) ?

mauvaise fermeture présence de courants d'air coulures d'eau de pluie sous les fenêtres

4. Chauffage ?

chauffage fixe chauffages d'appoint ajoutés électrique gaz autre :

5. Absence de ventilations dans :

la cuisine le WC la salle de bain/douche sur les fenêtres autre :

6. Installation Gaz ? cuisinière gaz chaudière gaz autre :

7. Électricité ? compteur individuel vétuste prises anciennes prises démisées fils volants fusibles qui « sautent » régulièrement décharges électriques ressenties autre :

8. Sécurité ? présence de fissures profondes garde-corps de fenêtres/escaliers dangereux
 plancher en mauvais état risque chute d'éléments (préciser :

9. Humidité/fuites ? présence d'une fuite/infiltrations (surfaces mouillées :)

présence de moisissures présence de peintures dégradées mauvaises odeurs d'humidité/moisi

10. Confort ? eau chaude intimité/séparation de la douche ou de la baignoire absence de remontées d'odeurs des canalisations autre :

11. Nuisibles ? présence de rats/souris présence de punaises de lit présence de cafards

12. Vos voisins ont-ils des problèmes avec leur logement ? non oui (préciser :

Ce document est à transmettre au service hygiène de votre Mairie

Vous devez joindre, à votre demande, copie des documents suivants :

- courrier envoyé au propriétaire avec accusé de réception (obligatoire),

- bail de location,

- dernière quittance de loyer,

- Autres justificatifs : photos des désordres, constat d'expert, dépôt de plainte, courriers au propriétaire ...

Fait à : _____

Date : _____

Signature :

ANNEXE : AUTO-DIAGNOSTIC (FACULTATIF)

VOTRE LOGEMENT				
1	Avez-vous en votre possession les diagnostics obligatoires : <i>DPE (diagnostic de performance énergétique), CREP (constat de risque d'exposition au plomb), ERNT (état des risques naturels et technologiques), l'état de l'installation électricité et l'état de l'installation intérieure de gaz.</i>			
2	Surface approximative du logement (en m ²)			
ÉCLAIREMENT NATUREL				
3	Avez-vous une fenêtre dans la pièce principale (salon, séjour, chambres) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
4	Toutes les pièces de vie disposent-elles d'ouvrants (ouvertures) vers l'extérieur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
ÉQUIPEMENT / CONFORT				
Chauffage				
5	Disposez-vous d'une installation de chauffage permanente ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
6	Votre installation de chauffage est-elle individuelle ? <i>(Précisez : poêle à bois, à charbon, gaz, radiateurs électriques, autres ?)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Installation d'eau				
7	La pression (ou débit) est-elle suffisante ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
8	Avez-vous de l'eau chaude ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sanitaires				
9	Y a-t-il un WC à l'intérieur du logement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
10	Sont-ils fonctionnels ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cuisine				
11	Y a-t-il une installation gaz ? Préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Aération du logement				
12	Y a-t-il des ventilations dans la salle de bain/WC <i>(préciser : système de ventilation automatique type VMC ou grilles d'aération hautes et basses) ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas

13	Y a-t-il une ventilation dans la cuisine (préciser : idem que précédemment) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
14	Les autres pièces d'habitation (chambre, séjour, salon) disposent-elles d'une grille d'entrée d'air donnant sur l'extérieur ou de réglettes de ventilation sur les menuiseries ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Evacuation des eaux usées				
15	Y-a-t-il un local poubelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
16	Y a-t-il des remontées d'eaux usées/d'odeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
DÉGRADATIONS DANS VOTRE LOGEMENT				
L'installation électrique				
17	Avez-vous un compteur électrique individuel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
18	Y a-t-il un dispositif de coupure générale à l'intérieur de votre logement ? Vous est-il facilement accessible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
19	Y a-t-il des prises raccordées à la terre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
20	Le nombre de prises électriques est-il suffisant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
21	L'électricité se coupe-t-elle fréquemment ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
22	Y a-t-il des fils apparents dénudés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autres				
23	Y a-t-il une présence anormale d'insectes/rongeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
24	Y a-t-il des manifestations d'humidité (moisissures, auréoles, cloques, traces de salpêtre, champignons, etc.) dans les pièces ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
25	Les portes et les fenêtres ferment-elles bien ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
26	Y a-t-il des fuites ou infiltrations d'eau par les toits, les fenêtres et les façades	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
27	Y a-t-il des risques d'effondrement du plafond du plancher ? Sol déformé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
28	Les gardes corps et rambardes sont-ils présents et solides ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
29	Les murs présentent-ils des fissures, des lézardes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
30	Les peintures sont-elles dégradées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas

