

**FICHE D'AUTO-DIAGNOSTIC ACCOMPAGNE DE L'ÉTAT DU LOGEMENT
OU DE LA CHAMBRE QUE VOUS LOUEZ AVANT LA PREMIÈRE VISITE**

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 :	Nom, Prénom : Adresse complète (la plus précise possible) : Téléphone : Adresse mail :
-N° Rue -Code postal : Ville : Téléphone : Adresse mail : Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Non Allocataire N° allocataire :	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 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, à préciser :</i>			

► **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	
La présence d'insectes/ rongeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

