

<p>Escaliers branlants ou absence de rampes ou garde-corps (dangereux, risque de chutes)</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Où) .....</p>
<p><b><u>Assainissement /eau</u></b></p>	
<p>Mode d'évacuation des eaux usées :</p>	<p>Non déterminé <input type="checkbox"/> pas de raccordement <input type="checkbox"/></p>
<p>Existence de problèmes d'évacuation :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Absence de raccordement à l'eau potable :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Absence d'eau potable :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Sanitaires :</u></b></p>	
<p>Absence ou dysfonctionnement des WC :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Absence de salle d'eau :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>WC donnant sur la cuisine ou la salle à manger :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Présence d'insectes / rongeurs :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Où) .....</p>
<p><b><u>Chauffage et ventilation</u></b></p>	
<p>Absence ou dysfonctionnement du chauffage :  Type de chauffage</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Précisez) .....  .....</p>
<p>Au cours de ces douze derniers mois avez-vous souffert du froid, à l'intérieur de votre logement, pendant plus de 24 heures :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Précisez) .....</p>
<p>Chauffage d'appoint :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Précisez) .....</p>
<p>Présence de ventilation :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Présence de VMC</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Humidité / Moisissures :</p>	<p>(où) .....</p>
<p>Installations électriques défectueuses et /ou Dangereuses (ex : fils dénudés):</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Où) .....</p>
<p>Installations de gaz défectueuses et/ou Dangereuses :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  (Où) .....</p>



## Formulaire de signalement

### Cellule de Lutte contre l'habitat Indigne d'Elné

<p><b>Date :.....</b></p> <p><b><u>Information sur l'occupant</u></b></p> <p>Désignation de la personne faisant le signalement : .....</p> <p>Nom de l'occupant .....</p> <p>Adresse du logement : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Mail : .....</p> <p>Situation de l'occupant :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>locataire : <input type="checkbox"/>                      propriétaire: <input type="checkbox"/></p> <p>loyer.....      Aide.....      date entrée.....</p> <p>Contrat de bail.....      Dette.....</p>
<p><b><u>Information concernant le logement :</u></b></p> <p>Nature du logement</p> <p>Nombre total d'occupant (s) :</p> <p>Nombre de pièces :</p> <p>Surface du logement :</p> <p>Mode de chauffage :</p> <p>Absence de fenêtre dans une pièce de vie :</p> <p>Présence de pièces à vivre en sous-sol</p> <p>Hauteur sous plafond inférieure à 2.20 m</p> <p>Pièces principales (séjours, chambres) de moins de 9 m<sup>2</sup> :</p> <p>Nécessité d'allumer l'éclairage dans la journée pour des activités normales quel que soit la saison :</p>	<p>Maison <input type="checkbox"/>                      appartement <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p> <p>Sur une partie du logement <input type="checkbox"/></p> <p>Sur la totalité du logement <input type="checkbox"/></p> <p>Sur une partie du logement <input type="checkbox"/></p> <p>Sur la totalité du logement <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p> <p>(Combien) .....</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Structure du bâti</u></b></p> <p>Fissures :</p> <p>Infiltration d'eau</p> <p>Effondrements (plafond, murs .....)</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p> <p>(où) .....</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p> <p>(où) .....</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>                      Non <input type="checkbox"/></p> <p>(où) .....</p>



**Formulaire de signalement**  
**Cellule de Lutte contre l'habitat Indigne d'Elne**

**Présence de plomb**

Logement datant d'avant 1949

Oui

Non

Peintures écaillés :

Oui

Non

(où) .....

Enfant(s) mineurs:

Oui

Non

