



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION  
DU CENTRE LITTORAL

**l'agglô**

# DEMANDE D'INFORMATION SUR LE CONTRÔLE DE REALISATION DES OUVRAGES NEUFS OU REHABILITES

EN APPLICATION DE L'ARTICLE L1331-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## DOCUMENTS À JOINDRE AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE COMPLÉTÉE

- ✓ Un plan d'accès au 1/10000<sup>e</sup> (par exemple) permettant de localiser le bien concerné par rapport au centre de la commune.
- ✓ Un plan de situation cadastral permettant de localiser la parcelle, le numéro et la section.
- ✓ L'avis de conception préalable au permis de construire ou de réhabilitation des ouvrages d'assainissement.

## FORMULAIRE DE RESEIGNEMENT [Tous les champs sont à compléter]

### INFORMATIONS SUR LE BIEN FAISANT L'OBJET DU CONTROLE

Adresse du bien à contrôler : .....

Commune : ..... Type (T1-T2-T.../Commerce/Autre) : ..... Réf. Cadastres : .....

### PERSONNE À CONTACTER POUR LE RENDEZ-VOUS SUR SITE

Propriétaire  Installateur  Autre  Nom, Prénom, qualité : .....

@mail : ..... @ ..... Tél. : .....

### PROPRIÉTAIRE

Nom(s) et Prénom(s) du (ou des) propriétaire(s) et/ou du gérant : .....

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de contrôle) : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : 0594 | ..... | ..... | ..... Mobile : 0694 | ..... | ..... | ..... Fax : 0594 | ..... | ..... | .....

@mail : .....

### ASSAINISSEMENT DU PROJET

Filière Classique

Fosse toutes eaux : ..... m<sup>3</sup> - Préfiltre décoloideur : ..... m<sup>3</sup> - Intégré à la fosse : Oui  Non

Lit filtrant vertical non drainé  Tranchées d'épandage  Terre d'infiltration  Lit filtrant drainé à flux horizontal  Lit filtrant vertical drainé

Longueur = ..... Profondeur = ..... Largeur = ..... Surface = .....

Filière Compacte

Dénomination commerciale : ..... Titulaire de l'agrément : ..... Modèle : .....

Capacité de traitement : ..... Eh

Volume du décanteur : ..... m<sup>3</sup>

Volume du réacteur : ..... m<sup>3</sup>

Volume du clarificateur : ..... m<sup>3</sup>

## REDEVANCE DE CONTRÔLE DU DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT INDIVIDUEL

Nombre d'Equivalent Habitant	Tarifs
<b>Unifamilial</b>	<b>200€</b>
<b>0 &lt; Eh &lt; 10</b>	<b>250€</b>
<b>11 &lt; Eh &lt; 50</b>	<b>300€</b>
<b>51 et plus</b>	<b>400€</b>

Date : ..... | ..... | .....

Signature du demandeur :

Le propriétaire certifie que les renseignements formulés dans le présent document sont exacts et s'engage à s'acquitter de la redevance prévue dans le règlement de service du SPANC