***S***ervice ***P***ublic d’***A***ssainissement ***N***on ***C***ollectif

53 boulevard du Nord 32200 GIMONT

Tél : 05.62.67.91.67

[spanc@3cag.fr](mailto:spanc@3cag.fr)

Questionnaire d’installation

d’un dispositif d’assainissement non collectif

|  |  |
| --- | --- |
| N° de Permis de Construire : ……………………………………………………………………………………………………… | |
| Date de la demande : | ………… / ……….... / ……….... |
| Nom et prénom du demandeur : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Adresse du demandeur : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   *Portable ou Fixe :* ………………………………………………………………  *Mail* : …………………………………………………………………………  Adresse du projet : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Section et n° du cadastre du projet : …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom du locataire ou occupant (si différent du propriétaire) : ………………………………………………………………………………………  Nom et coordonnées de l’installateur prévu : …………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |
| --- |
| **PIECES A FOURNIR PAR LE PROPRIETAIRE** |
| * Accusé de réception du règlement du Spanc (page 14), signé par le pétitionnaire * Plan de situation de la parcelle au 1/25000ème * Plan du logement au 1/200ème * Photocopie du cadastre * Plan de masse du projet sur lequel figure l’installation d’assainissement non collectif au 1/500ème (il doit mentionner l’habitation, l’évacuation des eaux usées, le prétraitement et la ventilation, le traitement, les arbres présents sur la parcelle, les bâtiments annexes, les axes de circulation, les puits, captages ou forages à proximité, le système d’évacuation des eaux pluviales), * Le présent formulaire dûment complété   *Et éventuellement, si nécessaire :*   * Autorisation de passage, * Autorisation de rejet, * Conclusions de l’étude hydrogéologique, si filière d’infiltration. |

|  |
| --- |
| **PRESENTATION DU PROJET** |
| **Nature du projet :**   * Construction neuve  Réhabilitation de l’existant |
| **Caractéristiques de l’habitation :**  Dimensionnement de la filière :  Nombre de chambres : ………………… + Bureau : ……………+1 **=**……………...… pièces principales **=** Eq/Hab  Résidence :  principale  secondaire  autre : ……………………………… |
| **Caractéristiques du terrain et de son environnement :**  Terrain :  Superficie totale de la parcelle m²  Pente du terrain prévu pour les ouvrages d’assainissement :   * Faible < 5 % * Moyenne entre 5 et 10 % * Forte > 10 %   Présence d’un puits ou forage d'eau sur le terrain ?   * OUI, si oui, à quelle distance du dispositif  NON   Est-il destiné à la consommation humaine ?   * OUI  NON |
| *RAPPEL*  *Le rejet des eaux pluviales vers la filière d’assainissement autonome est interdit.* |
|  |

|  |
| --- |
| **DEFINITION DE LA FILIERE (1)** |
| **Le dispositif de prétraitement des eaux :**  Est-il prévu un poste de relevage ?   * OUI  NON   Volume de la fosse toutes eaux ou de la fosse septique m3  Fosse toutes eaux : est-elle située à plus de 10 m de l’habitation ?   * OUI  NON, Si oui, distance m   Est-il prévu un bac à graisse ?   * OUI  NON, Si oui, volume litres   Est-il prévu d’immobiliser la fosse par une dalle d’amarrage ?   * OUI  NON   Est-il prévu de protéger la fosse par une dalle de répartition ?   * OUI  NON |
| ***RAPPEL***  ***Conformément aux préconisations de la loi sur l’eau du 30 décembre 2006, l’installation des ventilations primaire et secondaire est obligatoire afin d’évacuer les gaz de fermentation issus du système et de permettre le renouvellement de l’air à l’intérieur de l’ouvrage.*** |
| **Le dispositif de traitement des eaux usées**  Filière Dimensionnement   * Lit filtrant drainé à flux vertical surface m²   Ou  Lit filtrant non drainé à flux vertical surface m²  Ou  Lit filtrant drainé à lit horizontal surface m²  Ou  Lit d’épandage surface m²  Ou  Tertre d’infiltration surface m²  Ou  Tranchées d’épandage à faible profondeur : nombre de tranchées : ……, longueur d’une tranchée : ……m ou FILTRE COMPACT :  Marque : ……… ……………………………Modèle : ……………………………………N° Agrément : …… ……………………Eq/hab EH  Ou  MICROSTATION :  Marque : ……… ……………………………Modèle : ……………………………………N° Agrément : …… ……………………Eq/hab EH  Ou  Filtre Planté :  Marque : ……… ……………………………Modèle : ……………………………………N° Agrément : …… ……………………Eq/hab EH |
| ***RAPPEL CONCERNANT LES DISTANCES***  ***Le traitement doit être situé au minimum à : 5 mètres de l’habitation,***  ***3 mètres de la limite de parcelle, 3 mètres des arbres*** |

|  |
| --- |
| **DEFINITION DE LA FILIERE (2)** |
| **L’évacuation des effluents (dispositifs drainés) :**  Quel est le lieu prévu pour le rejet (fossé, cours d’eau, …) : ………………………….  Si vous n’êtes pas propriétaire du lieu de rejet, vous devez joindre l’autorisation du propriétaire ou du gestionnaire :   * Dans le cas d’un fossé privé, vous devez présenter une autorisation délivrée par le propriétaire, * Dans le cas d’un rejet dans un fossé longeant une voie communale non transférée à la communauté de communes, vous devez obtenir une autorisation signée du maire de la commune, * Dans le cas d’un rejet dans un fossé longeant une voie communale transférée à la communauté de communes, vous devez compléter un imprimé de demande de permission de voirie (disponible en mairie), * Dans le cas d’un rejet dans un fossé longeant une route départementale, une demande d’autorisation de rejet doit être formulée auprès des services du S.L.A. concerné, |

Le propriétaire ne réalisera l’installation qu’après réception de l’avis favorable sur le projet délivré par la Communauté de Communes des Coteaux Arrats Gimone.

**Cette dernière devra être avertie au moins trois jours avant le début des travaux**

**Aucun ouvrage ne devra être remblayé avant le contrôle de bonne exécution.**

Date et signature du propriétaire :

***Partie réservée au contrôleur :***

|  |
| --- |
| **AVIS DU RESPONSABLE DU SERVICE DE CONTROLE** |
| * Avis favorable  Avis favorable avec réserves  Avis défavorable   Commentaires :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Date, nom et signature du responsable du service en charge du contrôle : |