

ASSAINISSEMENT AUTONOME

Demande d'autorisation d'installation d'un système de collecte, de traitement et d'évacuation des eaux usées
Demande formulée par :

M. (nom, prénom ou raison sociale) _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____

Demeurant à _____ n° _____, rue _____

Pour un immeuble situé à _____ n° _____, rue _____

L'immeuble est-il situé dans un lotissement ou un groupe d'habitation ? OUI-NON (1)

si oui, indiquer son nom : _____

nombre de lots : _____

PERMIS DE CONSTRUIRE

MISE EN CONFORMITE

HABITATION (1) : résidence principale, résidence secondaire

Nombre de pièces principales (nombre de chambre+2) : _____

ALIMENTATION EN EAU POTABLE (1) : adduction publique, source, forage, puits particuliers

TERRAIN : références cadastrales : section n° : _____ parcelle n° : _____

superficie : _____ m² ; est-il en pente ? OUI-NON (1)

INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT PREVUE (2) :**PRETRAITEMENT**

FOSSE SEPTIQUE TOUTES EAUX USEES (mini 3m³ jusqu'à 3 chambres+0,5m³ par chambre supplémentaire)

marque : _____, capacité : _____ litres

FILIERE AGREE Type (micro-station, filtre compact, filtre planté...) : _____

marque : _____, numéro d'agrément: _____

FOSSE ETANCHE:

marque : _____, capacité : _____ m³

TRAITEMENT

EPANDAGE SOUTERRAIN, TRANCHEES D'INFILTRATION, LIT D'EPANDAGE A FAIBLE PROFONDEUR (1):

longueur : _____ m, largeur : _____ m, (surface de fond des tranchées : _____ m²)

LIT FILTRANT NON DRAINE : (5m² par pièce principale)

surface : _____ m²

TERTRE D'INFILTRATION : surface au sommet : _____ m²

LIT FILTRANT DRAINE A FLUX VERTICAL : (minimum 20m²+5m² par pièce supplémentaire)

surface : _____ m²

EVACUATION DES EFFLUENTS

PUITIS D'INFILTRATION

CANALISATION PUBLIQUE OU RESEAU D'ASSAINISSEMENT non relié à une station d'épuration

MILIEU HYDRAULIQUE SUPERFICIEL à titre exceptionnel

MODE D'EVACUATION DES EAUX PLUVIALES : _____

ENTREPRISE chargée des travaux :

NOM ou raison sociale _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur :

(1) rayer la (les) mention(s) inutile(s)

(2) cocher et compléter les lignes où figurent les éléments de l'installation projetée

Décision du contrôleur des systèmes d'assainissement autonome*

CONFORME

NON CONFORME

Motif de non conformité :

- Système non adapté au sol
- Sous-dimensionnement de la fosse
- Sous-dimensionnement du système d'épandage
- Système de ventilation non réglementaire
- Absence de regard de répartition
- Absence de regard de contrôle
- Filière non agréée

Le contrôleur,

Nom, prénom : **M. LAB Gaëtan**

Adresse du service contrôleur :

**Communauté de Communes des 1000 Etangs
14, Place du Marché BP1
70270 MELISEY**

Signature :

Le responsable du SPANC,

Nom, prénom : **M. HOUILLON Régis**

Adresse du SPANC :

**Communauté de Communes du Pays de Lure
Service Eau et Assainissement
ZA de la Saline - Rue des Berniers 70200 LURE**

Signature :