

**FICHE DE PRE DIAGNOSTIC DE L'ETAT DU LOGEMENT
OU DE LA CHAMBRE QUE VOUS LOUEZ AVANT LA PREMIERE VISITE**

NOM :

Prénom :

N allocataire :

► Votre logement présente-t-il des désordres ou des dégradations ?

CONFIGURATION DE VOTRE LOGEMENT			
Nombre de pièces principales de votre logement (salon, séjour, chambres) :			
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
Les hauteurs sont-elles inférieures à 2,20 m ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Certaines pièces d'habitation sont-elles situées sous-sol ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
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 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	
Eclairage			
Absence de fenêtre dans une pièce principales (salon, séjour, chambres)?	<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	
Toutes les pièces disposent-elles d'ouvrants vers l'extérieur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
EQUIPEMENT / 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, autres ?</i>)	<input type="checkbox"/> oui		
Collectif pour immeuble	<input type="checkbox"/> oui		
Votre chauffage est-il suffisant pour chauffer toutes les pièces ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Utilisez-vous un chauffage d'appoint ? de quelle nature (préciser : poêle à pétrole, bouteille mobile de gaz...) ? <i>Pourquoi ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Le système d'évacuation des fumées vous paraît-il suffisant ? (défaut d'installation, absence de ventilation, bouches d'aération obstruées) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Installation d'eau			
Alimentation en eau potable	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Pression ou débit 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	
A l'extérieur loin du logement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Y a-t-il une séparation entre le WC et la cuisine?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'aménagement de la douche ou de la baignoire ne permet pas l'intimité (pour les logements de plus d'une pièce) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Y a-t-il une salle d'eau ?	<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 (préciser : système de ventilation automatique type VMC ou grilles d'aération hautes et basses)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Y at-il une ventilation dans la cuisine (préciser : idem que précédemment)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Les autres pièces d'habitation (chambre, séjour, salon) disposent-elles d'une grille d'entrée d'air donnant sur l'extérieur ou de réglettes de ventilation sur les menuiseries ?			

Evacuation 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	
DEGRADATIONS 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 dispositif de coupure générale à l'intérieur de votre logement ? Vous est-il facilement accessible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Y a-t-il des prises raccordées à la 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	
L'électricité se coupe-t-elle fréquemment ?	<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 anormale d'insectes/rongeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Y a-t-il des manifestations d'humidité (moisissures, auréoles, cloques, traces de salpêtre, champignons) 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	
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 du plancher? Sol déformé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Les gardes corps et rambardes sont-ils présents et solides ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Les murs présentent-ils des fissures, des lézardes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Les peintures sont-elles dégradées?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Notez-vous d'autres problèmes ? <i>Si oui, à préciser</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

► Si votre logement est situé dans un immeuble collectif les parties et équipements d'usage collectif sont-ils dégradés ou dangereux ?

Les murs extérieurs présentent-ils des fissures et y a-t-il un risque de chute d'éléments (gouttières, tuiles, antenne, volets)	<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 un risque de chute d'éléments?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Les garde-corps et rambarde 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 suffisant ?	<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 dans les parties communes ?	<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	
Des ordures ménagères non ramassées, des objets divers présents dans les couloirs et escaliers ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'entretien de ces parties communes vous semble-t-il suffisant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous remarqué d'autres dégradations ou d'autres risques ? <i>Si oui lesquels ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Conclusions du pré diagnostic