

Votre logement est-il décent ?

Grille d'auto-diagnostic

LOCATAIRE	PROPRIETAIRE
N° Allocataire CAF :	NOM, Prénom :
Nom –Prénom :	Adresse complète :

Adresse :	Téléphone :
	AGENCE
Téléphone :	NOM, Prénom :
Portable :	Adresse complète :

	Téléphone :

ELEMENTS GENERAUX

Nombre d'occupants : dont nombre d'enfants mineurs :

Renseignements logement :

Date d'entrée dans les lieux :	Surface :	m ²
Montant loyer : €	Montant AL (avant CRDS) : €	AL versée : <input type="checkbox"/> Alloc <input type="checkbox"/> Bailleur

Avez-vous signé un Contrat de Location (BAIL) ? Oui Non
 Avez-vous fait un état des lieux à l'entrée dans le logement ? Oui Non
 Avez-vous eu un Diagnostic de Performance Energétique (DPE) ? Oui Non

Habitez-vous ? un appartement une maison individuelle autres :

Avez-vous ? une cuisine une salle de bain un WC
 chambre(s) : nombre ? autres pièces, lesquelles :

NORME : Dimensions de la pièce principale

Votre pièce principale a-t-elle une superficie supérieure à 9 m² ? Oui Non
 La hauteur sous-plafond est-elle à : moins de 2,20 mètres ? plus de 2,20 mètres ?
 Commentaires :

EQUIPEMENT / CONFORT

• Installation chauffage :

De quel type de chauffage est équipé votre logement ?
 électrique gaz fuel bois aucun autres, lesquels ?
 Le dispositif de chauffage est-il suffisant pour l'ensemble du logement ? Oui Non

Commentaires :
 Avez-vous un chauffage d'appoint ? Oui Non

Si oui, lequel ? :

• Installation d'eau :

Votre logement dispose-t-il d'une arrivée d'eau potable ? Oui Non
 La pression de l'eau est-elle suffisante ? Oui Non
 Disposez-vous d'eau chaude ? Oui Non
 Avez-vous constaté des problèmes d'odeurs ? Oui Non

Commentaires :

• Sanitaires - WC :

Avez vous une pièce avec une douche ou baignoire, et l'eau froide et chaude ? Oui Non
 Les WC se trouvent-ils à l'intérieur de votre logement ? Oui Non
 Les WC ouvrent-ils directement sur la cuisine ? Oui Non

Commentaires :

• Cuisine ou coin cuisine :

Disposez-vous d'une cuisine avec une arrivée d'eau froide et d'eau chaude ? Oui Non

Commentaires :

• **Eclairage naturel** :

- Des pièces de votre logement se trouvent-elles en sous-sol ? Oui Non
 - lesquelles ?
- Disposez-vous d'une fenêtre dans chaque pièce principale ? Oui Non
- L'éclairage naturel de votre logement est-il suffisant dans les pièces principales :
 chambres, séjour, salle à manger ? (évitant l'éclairage électrique durant la journée) Oui Non

Commentaires :

• **Protection** :

- Avez-vous des escaliers à l'intérieur de votre logement ? Oui Non
 ☞ Si oui : ✓ Disposent-ils de rampes de sécurité ? Oui Non

Commentaires : Quels sont les éléments de danger ?

- Disposez vous d'un balcon ou d'une terrasse ? Oui Non
 ☞ Si oui : ✓ Sont-ils équipés de protections (gardes corps, rambardes) ? Oui Non
 ✓ Ces protections sont-elles en bon état ? Oui Non
 ✓ Ces protections sont-elles suffisantes pour éviter les chutes ? Oui Non

Commentaires :

• **Aération** :

- Avez-vous des grilles d'aération dans votre salle de bain ? Oui Non
 Avez-vous des grilles d'aération dans la cuisine ? Oui Non
 Ces grilles sont-elles ouvertes ? Oui Non
 Vos fenêtres fonctionnent-elles correctement ? Oui Non

Commentaires :

• **Etat général des murs et de la toiture** :

- Avez-vous constaté des tâches d'humidité, en quantité :
- Inexistante Faible Importante Très importante
- ✓ en bas des murs Oui Non
 ✓ sur les plafonds Oui Non
 ✓ sous les fenêtres Oui Non
 ✓ au niveau du sol Oui Non
 ✓ dans quelle(s) pièce(s) :

Avez-vous constaté des infiltrations d'eau à la toiture ? Oui Non

- Les murs, sols ou plafonds présentent-ils des fissures ? Oui Non
 Les murs, sols ou plafonds présentent-ils des trous ? Oui Non
 La peinture des murs ou plafonds est-elle écaillée ? Oui Non

Commentaires :

• **Installation électrique et de gaz** :

- L'installation électrique de votre logement vous paraît-elle ancienne ? Oui Non
 L'installation électrique de votre logement vous paraît-elle dangereuse ? Oui Non
 ✓ Les prises électriques sont-elles en mauvais état ? Oui Non
 ✓ Avez-vous des fils électriques apparents dénudés ? Oui Non
 Rencontrez-vous des problèmes avec le réseau de gaz (fuites,...) ? Oui Non

Commentaires :

Votre logement présente-t-il des risques de sécurité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Si oui, lesquels</u> :	

Date :

Signature :