

## VOTRE PROJET D'ASSAINISSEMENT :

Nom : Prénom :  
Adresse : Code Postal : Ville :  
Tél. : Email :  
Êtes-vous professionnel du BTP  Oui  Non

### Niveau du projet :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déjà construit    | <input type="checkbox"/> Rénovation                         |
| <input type="checkbox"/> Permis obtenu     | <input type="checkbox"/> Assainissement individuel existant |
| <input type="checkbox"/> Permis non déposé | <input type="checkbox"/> Assainissement individuel à créer  |

### Nature du Terrain :

- |  |  |
|--|--|
| - Terrain en Pente <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Terrain Calcaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Terrain Argileux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Terrain Humide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |

### Superficie du terrain :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inférieur à 1200 m <sup>2</sup>                  | <input type="checkbox"/> Supérieur à 3000 m <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Entre 1200 m <sup>2</sup> et 3000 m <sup>2</sup> |  |

### Nombre d'équivalents habitants (une chambre = 2 eH) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 10 eH    | <input type="checkbox"/> Entre 30 et 50 eH |
| <input type="checkbox"/> Entre 10 et 15 eH | <input type="checkbox"/> Plus de 50 eH     |
| <input type="checkbox"/> Entre 15 et 30 eH |  |

### Épandage et réalisation:

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Des drains sont-ils envisageables ?      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Proximité d'une zone sensible ?          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Une étude du sol a-t-elle été réalisée ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Avez-vous un terrassier ?                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Avez-vous un plombier ?                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Avez-vous un électricien ?               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### Autres remarques importantes :