

ANNEXE : AUTO-DIAGNOSTIC (FACULTATIF)

VOTRE LOGEMENT				
1	Avez-vous en votre possession les diagnostics obligatoires ? : <i>DPE(diagnostic de performance énergétique), CREP (constat de risque d'exposition au plomb), ERNT (état des risques naturels et technologiques), l'état de l'installation électricité et l'état de l'installation intérieure de gaz..</i>			
2	Surface approximative du logement (en m ²)			
ÉCLAIREMENT NATUREL				
3	Avez-vous une fenêtre dans la pièce principale (salon, séjour, chambres)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
4	Toutes les pièces de vie disposent-elles d'ouvrants (ouvertures) vers l'extérieur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
ÉQUIPEMENT / CONFORT				
Chauffage				
5	Disposez-vous d'une installation de chauffage permanente ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
6	Votre installation de chauffage est-elle individuelle ? <i>(précisez : poêle à bois, à charbon, gaz, radiateurs électriques, autres ?)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Installation d'eau				
7	La pression (ou débit) est-elle suffisante ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
8	Avez-vous de l'eau chaude ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sanitaires				
9	Y a-t-il un WC à l'intérieur du logement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
10	Sont-ils fonctionnels ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cuisine				
11	Y a-t-il une installation gaz ? Préciser :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Aération du logement				
12	Y a-t-il des ventilations dans la salle de bain/WC <i>(préciser : système de ventilation automatique type VMC ou grilles d'aération hautes et basses)?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas

13	Y a-t-il une ventilation dans la cuisine (préciser : idem que précédemment)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
14	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 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Evacuation des eaux usées				
15	Y-a-t-il un local poubelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
16	Y a-t-il des remontées d'eaux usées/d'odeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
DÉGRADATIONS DANS VOTRE LOGEMENT				
L'installation électrique				
17	Avez-vous un compteur électrique individuel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
18	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	<input type="checkbox"/> ne sais pas
19	Y a-t-il des prises raccordées à la terre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
20	Le nombre de prises électriques est-il suffisant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
21	L'électricité se coupe- t-elle fréquemment ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
22	Y a-t-il des fils apparents dénudés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autres				
23	Y a-t-il une présence anormale d'insectes/rongeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
24	Y a-t-il des manifestations d'humidité (moisissures, auréoles, cloques, traces de salpêtre, champignons, etc.) dans les pièces ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
25	Les portes et les fenêtres ferment-elles bien ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
26	Y a-t-il des fuites ou infiltrations d'eau par les toits, les fenêtres et les façades	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
27	Y a-t-il des risques d'effondrement du plafond du plancher? Sol déformé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
28	Les gardes corps et rambardes sont-ils présents et solides ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
29	Les murs présentent-ils des fissures, des lézardes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
30	Les peintures sont-elles dégradées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas

