

7 Chauffage (si présent dans la pièce) : a L'élément est-il fonctionnel, fixe et permanent ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Collectif : L'élément présente-t-il des fuites ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
8 Détecteur de fumée : a L'élément est-il présent et marqué CE, à la norme NF ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
2. SÉJOUR, SALLE À MANGER / PIÈCE PRINCIPALE		Observations
1 Prises et interrupteurs : a Les fils sont-ils apparents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Les éléments sont-ils déscellés ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c Les éléments sont-ils en bon état ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 2 Points lumineux : a Les fils sont-ils apparents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b La douille et l'ampoule sont-elles présentes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 3 Chauffage : a L'élément est-il fonctionnel, fixe et permanent ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Collectif : L'élément présente-t-il des fuites ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 4 Fenêtre : a L'élément est-il étanche à l'air et à l'eau ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Le système d'ouverture et de fermeture est-il fonctionnel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c La ventilation est-elle obstruée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON d La luminosité naturelle est-elle suffisante au centre de la pièce ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON e Si garde-corps : Le garde-corps est-il stable et à hauteur conforme ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 5 Sol : a Le revêtement est-il dégradé au point d'entraîner une chute ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 6 Murs et plafond : a Les éléments présentent-ils des fissures ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Les éléments présentent-ils des traces d'humidité ou de moisissure ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c Si OUI, origine(s) suspectée(s) <input type="checkbox"/> Condensation <input type="checkbox"/> Infiltration <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Autres : Déclaration dégâts des eaux faite aux assurances ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 7 Studio : système d'occlusion de la lumière : a L'élément est-il présent (volet, persiennes, rideaux occultants, etc...) et fonctionnel pour occulter ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
3. CHAMBRE(S)		N° chambre
1 Prises et interrupteurs : a Les fils sont-ils apparents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Les éléments sont-ils déscellés ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c Les éléments sont-ils en bon état ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 2 Points lumineux : a Les fils sont-ils apparents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b La douille et l'ampoule sont-elles présentes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 3 Chauffage : a L'élément est-il fonctionnel, fixe et permanent ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Collectif : L'élément présente-t-il des fuites ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 4 Fenêtre : a L'élément est-il étanche à l'air et à l'eau ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Le système d'ouverture et de fermeture est-il fonctionnel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c La ventilation est-elle obstruée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON d La luminosité naturelle est-elle suffisante au centre de la pièce ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON e Si garde-corps : Le garde-corps est-il stable et à hauteur conforme ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 5 Système d'occlusion de la lumière : a L'élément est-il présent (volet, persiennes, rideaux occultants, etc...) et fonctionnel pour occulter ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 6 Sol : a Le revêtement est-il dégradé au point d'entraîner une chute ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 7 Murs et plafond : a Les éléments présentent-ils des fissures ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Les éléments présentent-ils des traces d'humidité ou de moisissure ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c Si OUI, origine(s) suspectée(s) <input type="checkbox"/> Condensation <input type="checkbox"/> Infiltration <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Autres : Déclaration dégâts des eaux faite aux assurances ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
4. CUISINE		Observations
1 Appareillages : a Il y a-t-il des sorties câbles pour les appareils le nécessitant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Il y a-t-il un circuit dédié pour les appareils le nécessitant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 2 Prises et interrupteurs : a Les fils sont-ils apparents ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON b Les éléments sont-ils déscellés ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON c Les éléments sont-ils en bon état ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

3 Points lumineux :			
a Les fils sont-ils apparents ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
b La douille et l'ampoule sont-elles présentes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
4 Ventilation (si présente dans la pièce) :			
a La ventilation est-elle obstruée ou non fonctionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
5 Fenêtre (si présente dans la pièce) :			
a L'élément est-il étanche à l'air et à l'eau ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Le système d'ouverture et de fermeture est-il fonctionnel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
c La ventilation est-elle obstruée ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
d Si garde-corps : Le garde-corps est-il stable et à hauteur conforme ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
6 Evacuation des eaux usées :			
a L'évacuation est-elle étanche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
b L'évacuation permette-elle le bon écoulement des eaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
7 Parois :			
a Les joints assurent-ils une bonne étanchéité ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
8 Arrivée d'eau et d'eau chaude :			
a La robinetterie est-elle entretenue et assure-t-elle un bon débit d'eau ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
b La robinetterie présente-t-elle des fuites ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
9 Sécurité gaz :			
a La ventilation haute et basse est-elle présente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Le tuyau a-t-il une date en cours de validité ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
10 Sol :			
a Le revêtement est-il dégradé au point d'entraîner une chute ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
11 Murs et plafond :			
a Les éléments présentent-ils des fissures ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
b Les éléments présentent-ils des traces d'humidité ou de moisissure ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
c Si OUI, origine(s) suspectée(s)			
<input type="checkbox"/> Condensation	<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Fuite	<input type="checkbox"/> Autres :
Déclaration dégâts des eaux faite aux assurances ?			<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

5. SALLE DE BAIN / SALLE D'EAU / CABINET

Observations

1 Points lumineux :			
a Les fils sont-ils apparents ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
b Le point lumineux est-il adapté à la pièce humide ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
2 Prises et interrupteurs (volumes) :			
a Les fils sont-ils apparents ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
b Les éléments sont-ils déscellés ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
c Les éléments sont-ils en bon état ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
3 Appareillages :			
a Il y a-t-il des sorties câbles pour les appareils le nécessitant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Il y a-t-il un circuit dédié pour les appareils le nécessitant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
4 Ventilation (si présente dans la pièce) :			
a La ventilation est-elle obstruée ou non fonctionnelle ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5 WC :			
a La robinetterie est-elle entretenue et en bon état ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Le cabinet possède-t-il une couvercle avec abattant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
c La chasse d'eau est-elle fonctionnelle et permet-elle un bon écoulement des eaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
d Le cabinet est-il correctement fixé ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
6 Fenêtre (si présente dans la pièce) :			
a L'élément est-il étanche à l'air et à l'eau ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Le système d'ouverture et de fermeture est-il fonctionnel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
7 Evacuation des eaux usées (douche ou lavabo) :			
a L'évacuation est-elle étanche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
b L'évacuation permette-elle le bon écoulement des eaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
8 Parois :			
a Les joints assurent-ils une bonne étanchéité ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
9 Arrivée d'eau et d'eau chaude :			
a La robinetterie de la douche et de l'évier est-elle entretenue et assure-t-elle un bon débit d'eau ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
b La robinetterie de la douche et de l'évier présente-elle des fuites ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vérif. imp.
10 Sol :			
a Les éléments sont-ils perméables ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Le revêtement est-il dégradé au point d'entraîner une chute ?		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
11 Murs et plafond :			
a Les éléments sont-ils perméables ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON	
b Les éléments présentent-ils des fissures ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
c Les éléments présentent-ils des traces d'humidité ou de moisissure ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
d Si OUI, origine(s) suspectée(s)			
<input type="checkbox"/> Condensation	<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Fuite	<input type="checkbox"/> Autres :
Déclaration dégâts des eaux faite aux assurances ?			<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

12 Chauffage (si présent dans la pièce) :

a L'élément est-il fonctionnel, fixe et permanent ?

OUI

NON

b Collectif : L'élément présente-t-il des fuites ?

OUI

NON

6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Observations

--	--