

DEPARTEMENT DE HAUTE SAÔNE

Commune de _____

ASSAINISSEMENT AUTONOME

Demande d'autorisation d'installation d'un système de collecte, de traitement et d'évacuation des eaux usées
Demande formulée par :

M. (nom, prénom ou raison sociale) _____ Tél : ____/____/____/____/____

Demeurant à _____ n° _____, rue _____

Pour un immeuble situé à _____ n° _____, rue _____

L'immeuble est-il situé dans un lotissement ou un groupe d'habitation ? OUI-NON (1)

si oui, indiquer son nom : _____

nombre de lots : _____

PERMIS DE CONSTRUIRE N° : _____ délivré le _____

HABITATION (1) : résidence principale, résidence secondaire

Nombre de pièces principales (nombre de chambre+2) : _____

ALIMENTATION EN EAU POTABLE (1) : adduction publique, source, forage, puits particuliers

TERRAIN : références cadastrales : section n° : _____ parcelle n° : _____

superficie : _____ m² ; est-il en pente ? OUI-NON (1)

INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT PREVUE (2) :

PRETRAITEMENT

FOSSE SEPTIQUE TOUTES EAUX USEES (mini 3m³ jusqu'à 3 chambres+0,5m³ par chambre supplémentaire)

marque : _____, capacité : _____ litres

INSTALLATION BIOLOGIQUE A BOUES ACTIVEES (volume total minimal : 2,5m³)

marque : _____, capacité : _____ m³

PREFILTRE-INDICATEUR DE COLMATAGE :

marque : _____, capacité : _____ m³

FOSSE ETANCHE:

marque : _____, capacité : _____ m³

TRAITEMENT

EPANDAGE SOUTERRAIN, TRANCHÉES D'INFILTRATION, LIT D'EPANDAGE A FAIBLE PROFONDEUR (1):

longueur : _____ m, largeur : _____ m, (surface de fond des tranchées : _____ m²)

LIT FILTRANT NON DRAINE : (5m² par pièce principale)

surface : _____ m²

TERTRE D'INFILTRATION : surface au sommet : _____ m²

LIT FILTRANT DRAINE A FLUX VERTICAL : (minimum 20m²+5m² par pièce supplémentaire)

surface : _____ m²

LIT FILTRANT DRAINE A FLUX HORIZONTAL :

surface : _____ m² (largeur 5,50 m ; longueur : _____ m)

FILTRE BACTERIEN PERCOLATEUR : (entrée haute - sortie basse)

1600 l minimum avec une hauteur de 1m au moins de matériaux filtrants

marque : _____, capacité : _____ litres

EVACUATION DES EFFLUENTS

PUIS D'INFILTRATION

CANALISATION PUBLIQUE OU RESEAU D'ASSAINISSEMENT non relié à une station d'épuration

MILIEU HYDRAULIQUE SUPERFICIEL à titre exceptionnel

MODE D'EVACUATION DES EAUX PLUVIALES : _____

ENTREPRISE chargée des travaux :

NOM ou raison sociale _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur :

(1) rayer la (les) mention(s) inutile(s)

(2) cocher et compléter les lignes où figurent les éléments de l'installation projetée

Décision du contrôleur des systèmes d'assainissement autonome*

CONFORME

NON CONFORME

Motif de non conformité :

- Système non adapté au sol
- Sous-dimensionnement de la fosse
- Sous-dimensionnement du système d'épandage
- Système de ventilation non réglementaire
- Absence de regard de répartition
- Absence de regard de contrôle

Melisey, le

Le conseiller technique en assainissement

Gaëtan LAB

*Pour être déclaré conforme, le système d'assainissement installé devra faire l'objet de deux contrôles de bonne exécution par le technicien SPANC, l'un une fois que les tuyaux d'épandage sont posés et avant remblaiement, l'autre une fois que tout est achevé. Au commencement des travaux, le pétitionnaire devra donc prendre contact avec Gaëtan LAB au **03.84.20.05.53.**