


## DEMANDE DE DECONNEXION FOSSE SEPTIQUE

### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR :


 **Identité du / des propriétaire(s) : (Obligatoire)**

Madame     Mademoiselle     Monsieur


Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse principale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ B.P : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'IMMEUBLE / MAISON :




 **Localisation de l'immeuble : (Obligatoire)**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Références Cadastres : Section : \_\_\_\_\_ Parcelle(s) : \_\_\_\_\_

### 3. PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE (SI POSSIBLE) :

 Un plan cadastral permettant de localiser la propriété	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
 Un plan indiquant le réseau d'assainissement sur la propriété	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
 Un plan des étages de l'immeuble indiquant le réseau d'évacuation des eaux usées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

#### 4. CONDITIONS DE REALISATION DU DIAGNOSTIC :



Afin d'assurer le bon déroulement de la visite du contrôleur, il est indispensable :

- que le propriétaire, ou toute personne le représentant, soit présent lors de la visite afin que le technicien puisse entrer sur le terrain et éventuellement dans la maison ;
- que l'habitation dispose d'eau pour pouvoir effectuer les tests au colorant. A défaut, il appartient au demandeur d'en informer la CCSMS au préalable ;
- d'avoir au préalable rendu visibles et accessibles les différents ouvrages, à défaut les agents chargés du diagnostic se réservent le droit d'annuler la visite. Un nouveau rendez-vous sera alors programmé ;
- de vous munir dans la mesure du possible de tous documents relatifs à l'installation ;
- que le propriétaire nous ait renvoyé la fiche d'évaluation des conditions d'intervention d'un agent communautaire chez un particulier en période de pandémie Covid-19 dûment signée.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de réalisation du diagnostic

Fait à

le :

Signature du demandeur :

L'original du rapport établi par nos services est obligatoirement transmis par voie postale au propriétaire (à l'adresse indiquée dans le paragraphe 1) et peut être transmis par mail (à votre demande) en indiquant l'adresse mail ci-dessous :

*A retourner par courrier à :*  
Communauté de Communes de Sarrebourg Moselle-Sud  
Pôle Assainissement  
4 Rue du Stade  
57870 Troisfontaines  
Téléphone : 03 87 03 05 16  
*Ou par courriel à : [assainissement@cc-sms.fr](mailto:assainissement@cc-sms.fr)*