



## Municipalité de Saint-Donat

### Attestation d'inspection de l'état de fonctionnement de l'installation sanitaire

#### A. Identification (réservé aux propriétaires)

Nom du/des propriétaires : \_\_\_\_\_

Adresse sur laquelle se trouve l'installation sanitaire : \_\_\_\_\_

Numéro du lot ou matricule : \_\_\_\_\_

Occupation de la résidence :  permanent  saisonnière

Nombre de chambres à coucher : \_\_\_\_\_

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ déclare par la présente que les renseignements inclus à la section A sont complets et exacts.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### B. Composantes de l'installation sanitaire (réservé au responsable de l'inspection)

Traitement primaire :

Fosse septique en métal :	<input type="checkbox"/>	Installation à vidange périodique :	<input type="checkbox"/>
Fosse septique en béton :	<input type="checkbox"/>	Installation biologique :	<input type="checkbox"/>
Fosse septique en polyéthylène :	<input type="checkbox"/>	Cabinet à fosse sèche ou terreau :	<input type="checkbox"/>
Autre type de traitement primaire :	<input type="checkbox"/>	Puisard et autres :	<input type="checkbox"/>
Aucun :	<input type="checkbox"/>	Année d'installation :	_____

Traitement secondaire avancé ou tertiaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Type d'élément épurateur :

Classique :	<input type="checkbox"/>	Filtre à sable classique :	<input type="checkbox"/>
Modifié :	<input type="checkbox"/>	Cabinet à fosse sèche :	<input type="checkbox"/>
Zone d'infiltration (1995-2000) :	<input type="checkbox"/>	Champ de polissage :	<input type="checkbox"/>
Puits absorbants :	<input type="checkbox"/>	Aucun :	<input type="checkbox"/>
Filtres à sable hors sol :	<input type="checkbox"/>		

#### C. Inspection (réservé au responsable de l'inspection)

Niveau d'eau dans la fosse :  Bon  Incorrect, précisez : \_\_\_\_\_

Vérification de la plomberie :  Bon  Incorrect, précisez : \_\_\_\_\_

Test à la fluorescéine :  Bon  Incorrect, précisez : \_\_\_\_\_

Test de saturation de la fosse :  Bon  Incorrect, précisez : \_\_\_\_\_

Date 1<sup>ère</sup> inspection : \_\_\_\_\_ Date 2<sup>e</sup> inspection : \_\_\_\_\_

Si une des étapes est incorrecte, veuillez accompagner le tout de photographies.

#### D. Localisation (Voir au verso)

#### E. Déclaration du professionnel

L'inspection effectuée par \_\_\_\_\_ a été réalisée conformément aux dispositions du règlement sur la gestion des installations septiques numéro 07-749.

Entreprise : \_\_\_\_\_

Signature du responsable : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature et sceau du professionnel: \_\_\_\_\_

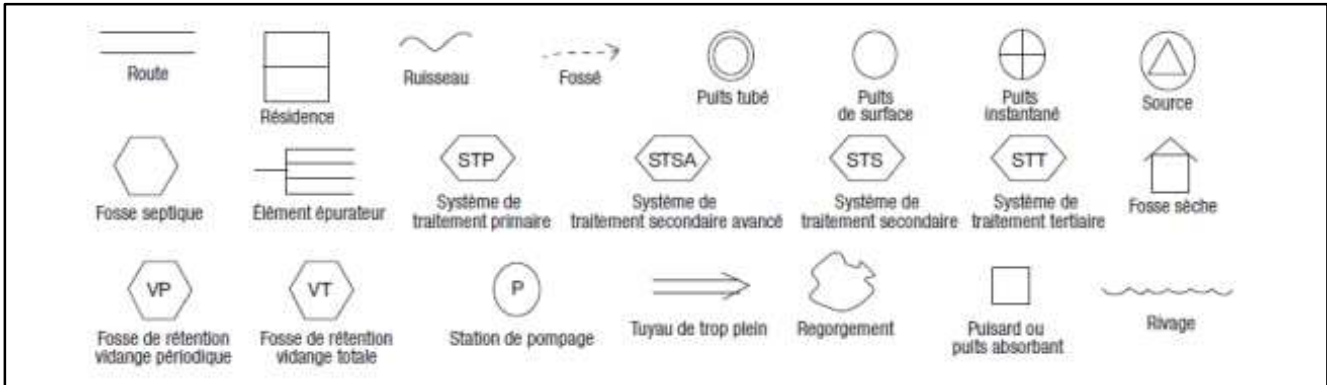
\_\_\_\_\_  
Initiales du  
propriétaire

\_\_\_\_\_  
Initiales du  
responsable de  
l'inspection

**D. Localisation**

Pour chaque composante indiquez la distance en mètres par rapport à :

1. La résidence desservie par l'installation sanitaire;
2. Un lac ou des cours d'eau (permanent ou intermittent)
3. Aux puits ou aux sources servant à l'alimentation en eau de la propriété et des propriétés avoisinantes.



Commentaires :

\_\_\_\_\_  
Initiales du  
propriétaire

\_\_\_\_\_  
Initiales du  
responsable de  
l'inspection