

### DEMANDE DE CONTROLE ASSAINISSEMENT

COLLECTIF (Réseau Public)                      ou                       NON COLLECTIF (Fosse, Microstation, ... )

**IMPERATIVEMENT A COMPLETER ET A FAIRE SIGNER PAR LE PROPRIETAIRE.  
EN L'ABSENCE DE CES INFORMATIONS, LE CONTROLE NE POURRA ETRE REALISE**

<b>RESERVE CAP ATLANTIQUE</b> Dossier : Compléments d'info :	<b>RDV REPLANIFICATION</b>
<b>COORDONNEES DU PROPRIETAIRE</b> (pour l'envoi des documents)	
Nom et Prénom du Propriétaire: .....	
Adresse principale: .....	
Code postal: ..... Commune: .....	
N° téléphone: ..... Adresse Mail : .....	
Adresse à contrôler: .....	
Commune: ..... Réf cadastrales (A titre indicatif) : .....	
<b>INFORMATIONS DIVERSES</b>	
Type logement: <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> autre: .....	
N° d'appartement ou N° de lot: .....                      Date prévue de la vente: .....	
<b>ADRESSE DE FACTURATION</b> (si différente de l'adresse principale)	
Nom et Prénom: .....	
Adresse: .....	
Code postal: ..... Commune : .....	
N° téléphone: .....	
<b>REPRESENTANT DU PROPRIETAIRE</b> (pour prise de rendez-vous)	
<i>Le Représentant a le pouvoir de donner accès à la propriété, d'assister au contrôle et de signer le certificat</i>	
Nom et Prénom: .....	
Qualité: ..... N° téléphone: .....	

### **! ATTENTION !**

Ce contrôle est facturé dès lors qu'un agent de Cap Atlantique se déplace sur le lieu d'intervention mentionné ci-dessus. Aussi, si le contrôle n'est pas réalisable (oubli des clés, pas d'accès à l'eau, personne au rendez-vous, etc...), une facturation forfaitaire sera automatiquement envoyée. **Le certificat rédigé** à l'issue du contrôle et signé par le propriétaire ou son représentant, **est systématiquement envoyé par mail au propriétaire** du bien contrôlé.

**A NOTER : DELAI D'INTERVENTION D'ENVIRON 4/5 SEMAINES – PENSEZ A ANTICIPER VOS DEMANDES**

DATE: .....  
SIGNATURE du PROPRIETAIRE  
et NON du REPRESENTANT:  
Nom:

**NOUS RENCONTRER**  
**Service Contrôle Assainissement**  
2, rue Alphonse Daudet  
44350 GUERANDE  
Tel: 02.28.54.17.58

**Courriers à adresser au Siège:**  
CAP ATLANTIQUE  
3 avenue des Noëllles – BP 64 – 44503 LA BAULE Cedex  
**Ou par mail :** [controle.assainissement@cap-atlantique.fr](mailto:controle.assainissement@cap-atlantique.fr)