

## Références :

- Règlement opérationnel départemental d'incendie et de secours de la Marne.
- Note Opérationnelle N°8 en date du 21/04/2015.

## Définition :

L'insalubrité est caractérisée dans un logement qui présente un danger pour la santé des occupants ou des voisins en raison de son état ou de ses conditions d'occupation.

Il appartient au maire de la commune concernée ou à ses services de venir constater l'état d'insalubrité et de prendre en compte les suites à donner.

## Conduite à tenir opérationnelle :

Le COS devra :

- remplir le document de signalement d'insalubrité ;
- transmettre la fiche pour visa du chef de centre ou de son représentant.

Le chef de centre devra transmettre par mail :

- au service concerné de la mairie (à défaut adresse mail générique de la mairie) ;
- au pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (ddt-habitat-indigne@marne.gouv.fr); avec copie au :
  - Groupement Mise en Œuvre Opérationnelle (operation@sdis51.fr).

## Fiche de signalement :



SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA MARNE

### FICHE DE SIGNALLEMENT D'UN ETAT D'INSALUBRITE

#### Destinataires :

Mairie (ou service communal d'hygiène et de santé) de :

Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (ddt-habitat-indigne@marne.gouv.fr)

INTERVENTION					
Intervention n°	Date :	/	/	20	
Nature de l'intervention :					
Adresse :					
Escalier :	Etage :	N° porte :			
Immeuble d'habitation collective :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>				
Autres informations	Victime agressive / réfractaire aux secours :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>		
	Présence d'animaux dans le logement :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Type:	
	Présence d'enfants dans le foyer:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre:	
	Logement encombré:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>		
Nature :	Volume approximatif (en m3) :				
Transport	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Nom de la structure :			
COMPTE-RENDU					
<p style="text-align: center;"> </p>					
COORDONNEES					
Identité de la victime ou de l'occupant du logement	Nom : _____ Prénom : _____				
	Date de naissance : _____				
	Téléphone : _____	Locataire <input type="checkbox"/>	Propriétaire <input type="checkbox"/>		
Identité et adresse du propriétaire	Nom : _____ Prénom : _____				
	Téléphone : _____				
	Adresse complète : _____				
PERSONNE AVISEE DE LA DEMARCHE EN MAIRIE					
OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	Nom de la personne : _____				
RESPONSABLE DE L'INTERVENTION					
Grade :	Nom : _____		Prénom : _____		
A	Le		Le chef de centre,		