

**Points de Contrôle**

|                       |   | oui / non | Si NON : action à réaliser                | Fait ? |
|-----------------------|---|-----------|---|--------|
| La plaquette repère : | – est présente et en bon état ?   |           | Poser une plaquette / la remettre en état |        |
| Les accès :           | – sont dégagés ?  |           | Enlever les obstacles                     |        |
| Les arrivées d'eau :  | – depuis l'autoroute jusqu'au bassin sont dégagées ?<br>– le canal béton est dégagé ? |           | Enlever les gravats et les embâcles       |        |
| Le bassin :           | – les parois béton sont en bon état ? (attention aux fissures)                        |           | Réparer l'ouvrage                         |        |
| Les sorties d'eau :   | – l'exutoire des drains et la buse sont dégagés ?                                     |           | Enlever les gravats et les embâcles       |        |

**Entretien courant**

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| Au niveau du déshuileur :  | – Retirer les macrodéchets et dégager la cloison siphonide                         |  |
| Dans le lit                | – Scarifier la surface sur 20 cm   |  |
| Sur les abords du bassin : | – Faucher les abords immédiats du bassin sur 5m et dégager les ouvrages amont/aval |  |

**Entretien spécifique**

| Points de Contrôle : indicateurs visuels   |            | oui / non                            | Si OUI : action à réaliser                                   | Fait ? oui/non |
|--|------------|--------------------------------------|--|----------------|
| – L'épaisseur de boue est-elle supérieure à <b>10 cm</b> ?                         |            |                                      | Curer le bassin (+ débroussaillage étendu si risque D.F.C.I) |                |
| – Sur le lit filtrant : difficultés de scarification / aspect terreux et compact ? |            |                                      | Changer le sable du lit filtrant                             |                |
| – En sortie de drains : Présence de gravillons ?                                   |            |                                      | Remplacer les drains du lit filtrant                         |                |
| <b>Avis de la hiérarchie sur l'action d'entretien spécifique :</b>                 | Oui        | : Année n+1 <input type="checkbox"/> | Date :   |                |
|  |            | : Année n+2 <input type="checkbox"/> | Nom / Signature :  |                |
|  | A différer | : <input type="checkbox"/>           |  |                |

**Autres observations**
**Date de la visite :**      /      /

**Fiche établie par :**
**Signature :**