

Nom du Client :	Numéro de série :
Adresse :	Type de microstation : Tricel FR.....
Contact sur chantier :	Date de la visite :    /    /
	Tél. :

- |  |            |     |
|--|------------|-----|
| Couvercles, tampons et capots de compresseurs en bon état ?                  | Oui        | Non |
| Les ventilations sont-elles bien dégagées ?                                  | Oui        | Non |
| Le tampon d'accès est-il verrouillé/sécurisé ?                               | Oui        | Non |
| La cuve présente-t-elle des défauts ou a-t-elle été endommagée ?             | Oui        | Non |
| Le niveau d'eau est-il correct dans chaque compartiment ?                    | Oui        | Non |
| Les odeurs émanant de la microstation sont-elles normales ?                  | Oui        | Non |
| Le bassin d'oxygénation semble-t-il fonctionner correctement ?               | Oui        | Non |
| Les bulles d'air se dispersent-elles bien dans le bassin d'oxygénation ?     | Oui        | Non |
| Le lit bactérien est-il en bon état ?  | Oui        | Non |
| La tuyauterie de recirculation des boues est-elle en bon état ?              | Oui        | Non |
| Débit visible dans le T d'inspection quand la recirculation est enclenchée ? | Oui        | Non |
| Le minuteur est-il correctement réglé ?                                      | Oui        | Non |
| L'alarme fonctionne-t-elle correctement ?                                    | Oui        | Non |
| Le disjoncteur fonctionne-t-il correctement ?                                | Oui        | Non |
| Le compresseur fonctionne-t-il en permanence ?                               | Oui        | Non |
| Pression du compresseur (100 à 150 mbar) ?                                   | ..... mbar |     |
| Les raccordements du compresseur sont-ils bien fixes ?                       | Oui        | Non |
| Le filtre du compresseur a-t-il été remplacé ?                               | Oui        | Non |
| <b>Niveau de boues</b> en-dessous du niveau maxi ?                           | Oui        | Non |

Echéance estimée par extrapolation pour la prochaine vidange ? .... / .... / .....

**Système de pompage (option)**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| La pompe fonctionne-t-elle correctement ?                                 | Oui | Non |
| Le flotteur haut est-il positionné correctement et fonctionne-t-il bien ? | Oui | Non |

**Inspection finale**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| Tous les couvercles et tampons ont-ils été remplacés et sécurisés ? | Oui | Non |
|---|-----|-----|

Commentaires éventuels :

Nom et signature du technicien