

## SUIVI OPERATIONS DE SURVEILLANCE

- Surveillance 1<sup>ère</sup> année
- Surveillance entre le début de la 2<sup>ème</sup> année et la fin de la 6<sup>ème</sup> année

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre opération de surveillance, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document, dûment complété et signé, comprenant :

- Une Attestation sur l'honneur
- Une Attestation de veille
- Un Etat de suivi des réclamations et plaintes clients
- L'Assurance professionnelle
- Un Etat des rapports réalisés

### **Rappel Réglementaire :**

**Conformément aux attentes réglementaires, la surveillance est composée des opérations suivantes :**

- Vérifier que la personne certifiée se tient à jour des évolutions techniques, législatives et réglementaires dans le domaine concerné notamment en s'assurant qu'elle a suivi la formation imposée.
- Vérifier que la personne certifiée exerce réellement l'activité pour laquelle elle a obtenu la certification au moyen de la fourniture par cette personne d'au moins 5 rapports sur les 12 derniers mois ou, s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance, 4 rapports depuis l'obtention de la certification.
- Vérifier que la personne certifiée est dûment assurée au sens du deuxième alinéa de l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation.
- Contrôler la conformité aux dispositions législatives, réglementaires, normatives ou bonnes pratiques professionnelles en vigueur d'un échantillon d'au moins 5 rapports établis par la personne certifiée depuis le début du cycle de certification, ou d'au moins 4 rapports s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance ; cet échantillon est sélectionné par l'organisme de certification et comporte au moins un rapport pour chacun des types de missions du domaine de diagnostic concerné, quand ce type de mission a été réalisé.

## Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

N° de certifié(e) :

Opérateur en Diagnostics Immobiliers certifié(e) par LCC QUALIXPERT en :

(Cochez vos domaines de certifications)

Amiante

Plomb

Termites

DPE

Gaz

Electricité

Atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des renseignements et des rapports (voir pages suivantes) communiqués dans le cadre des opérations de surveillance ainsi que tout document complémentaire s'y rattachant.
- Exercer réellement l'activité pour laquelle j'ai obtenu ma certification conformément aux exigences réglementaires. (Établissement d'au moins 5 rapports sur les 12 derniers mois en recertification, et opération de surveillance ou s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance ou d'un transfert de certification, 4 depuis l'obtention de la certification)
- Tenir à jour la liste de tous les rapports établis sous couvert de mes certifications et m'engage à la communiquer à LCC QUALIXPERT sur simple demande ainsi que les rapports correspondant à la liste susvisée, pendant 5 ans après leur date d'établissement.
- Tenir à jour un état de suivi des réclamations et plaintes me concernant dans l'usage de ma/mes certification(s). (Voir pages suivantes)
- Réaliser une veille technique, juridique et réglementaire des domaines pour lesquels je suis certifié(e) via les outils mentionnés dans le tableau ci-après.
- Etre informé du fait que toute fausse déclaration de ma part est susceptible d'entraîner le retrait de ma certification sans préavis.
- Etre informé du fait que le maintien de mes certifications dans le cadre des opérations de surveillance peut être sujet à des réserves et m'engager à les prendre en compte par le biais de mesures correctives.
- M'engager à notifier à LCC QUALIXPERT dans les meilleurs délais toute modification de ma situation professionnelle impactant le suivi de mon dossier administratif (changement de coordonnées, etc...)

Fait à

le

\*Signature du certifié(e) (obligatoire) :

\* En l'absence de votre signature ce document ne pourra être validé pour l'opération de surveillance.

## Attestation de veille

| Actions / outils<br><i>(Les exemples donnés ci-dessous ne sont pas exhaustifs, cochez les cases correspondantes et complétez)</i>  | Date | Domaines concernés<br><i>(Cochez le/les domaines concernés par chaque action)</i> |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |      | Amiante   | Plomb                    | Termites                 | DPE                      | Gaz                      | Electricité              |
| <input type="checkbox"/> Abonnement(s) revue(s) *<br><i>A préciser :</i>   |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abonnement(s) veille(s) *<br><i>A préciser :</i>  |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Adhésion à une/des organisation(s) professionnelle(s) *<br><i>A préciser :</i>  |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Salon(s) professionnel(s) *<br><i>A préciser :</i>  |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) *<br><i>A préciser :</i>   |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Pour les certifiés entre la 2<sup>ème</sup> année et la fin de la 6<sup>ème</sup> année</b></p> <input type="checkbox"/> Attestation de formation continue<br><i>Joindre obligatoirement l'attestation délivrée par un organisme de formation accrédité.</i> |      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Si à ce jour, je n'ai pas effectué la formation continue obligatoire, je m'engage à la réaliser dans les délais impartis et à fournir à LCC Qualixpert dans les plus brefs délais l'attestation de formation correspondante.</p>                                |      |   |                          |                          |                          |                          |                          |

**\* Joindre au minimum un justificatif au choix parmi toutes les actions cochées (facture, attestation....)**

## Etat de suivi des réclamations et plaintes clients

Répertoriez vos réclamations clients, depuis l'obtention de votre certification, dans le tableau ci-dessous :  
*(Si vous en avez eu, sinon cochez la case en bas de tableau)*

*(Il est rappelé que votre organisme de certification est susceptible d'avoir été informé de réclamations formulées)*

| DATE | RECLAMANT(S) | DOMAINE | MOTIF | REPONSE |
|------|--------------|---------|-------|---------|
|      |              |         |       |         |
|      |              |         |       |         |

Je certifie n'avoir eu aucune réclamation client depuis l'obtention de ma certification.

## Assurance professionnelle

Je certifie être dûment assuré au sens du deuxième alinéa de l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation dans le cadre de mon activité professionnelle, sous couvert de mes certifications Qualixpert.

### Etat des rapports réalisés

#### ATTENTION

Se reporter à la page 6 pour trouver les explications nécessaires au bon remplissage des différents tableaux ainsi que l'explication des rapports devant nous être communiqués

**Domaine AMIANTE:**

| N° de rapport | Date | Type de mission (1) | Classe d'usage ou d'activité du bâtiment | Conclusion               |                          |
|---------------|------|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|
|               |      |                     |  | Absence amiante          | Présence amiante         |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      |                     |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(1) Type de missions amiante : repérage DAPP ou repérage pour constitution/MAJ DTA ou vente ou évaluation périodique ou démolition ou examen visuel ou RAT

**Domaine PLOMB:**

*Pour les certifiés sans mention, seul le premier tableau est applicable.*

| N° de rapport | Date | Type de mission (1) | Type de conclusion CREP, % d'UD |                          |                          |                          |
|---------------|------|---------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               |      |                     | classe 0                        | classe 1                 | classe 2                 | classe 3                 |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | CREP                | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| N° de rapport | Date | Type de mission (1) | Type de Conclusion DRIPP            |                                    | Type de Conclusion contrôle après travaux |                            |
|---------------|------|---------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------|
|               |      |                     | Présence de revêtements dégradés... | Absence de revêtements dégradés... | Conformité des travaux                    | Non conformité des travaux |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |
|               |      |                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   |

(1) Type de mission plomb : CREP ou DRIPP ou Contrôle après travaux

**Domaine TERMITES:**

| N° de rapport | Date | Type de Conclusion                  |                                    |
|---------------|------|-------------------------------------|------------------------------------|
|               |      | Présence d'indices d'infestation... | Absence d'indices d'infestation... |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |
|               |      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>           |

**Domaine DPE :**

| N° de rapport | Date | Type de mission (1) | Type de locaux (2) | Méthode (3) | Classes |     |
|---------------|------|---------------------|--------------------|-------------|---------|-----|
|               |      |                     |                    |             | Energie | GES |
|               |      |                     |                    |             |         |     |
|               |      |                     |                    |             |         |     |
|               |      |                     |                    |             |         |     |
|               |      |                     |                    |             |         |     |
|               |      |                     |                    |             |         |     |
|               |      |                     |                    |             |         |     |

(1) Type de mission DPE : vente ou location ou bât public ou neuf ou attestation neuf / existant

(2) Type de locaux : Maison individuelle, appartement, immeuble à usage principal d'habitation ou bâtiment à usage principal autre que d'habitation

(3) Type de méthode : consommation estimée, consommation relevée

**Domaine GAZ:**

| N° de rapport | Date | Type de Conclusion, Anomalie(s) |                          |                          |                          |
|---------------|------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               |      | Absence                         | A1                       | A2                       | DGI                      |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Domaine ELECTRICITE:**

| N° de rapport | Date | Type de Conclusion       |                          |
|---------------|------|--------------------------|--------------------------|
|               |      | Présence d'anomalies     | Absence d'anomalies      |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|               |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Quand et Quels rapports envoyer ?

