

FICHE D'ÉVALUATION D'ODEUR

Projet :	Date :	Heure :
Nom :	Conditions météorologiques : (T°, vents, précipitations, etc)	
Adresse :		
Lieu de l'observation :		

INTENSITÉ

Imperceptible <input type="checkbox"/>	Forte <input type="checkbox"/>
Très faible <input type="checkbox"/>	Très forte <input type="checkbox"/>
Faible <input type="checkbox"/>	Extrêmement forte <input type="checkbox"/>
Modérée <input type="checkbox"/>	

DESCRIPTION DE L'ODEUR

Pouvez-vous l'associer à une odeur continue?
 Ex : banane, vernis, purin, etc.

APPRÉCIATION

(+5) Très agréable <input type="checkbox"/>	(-1) <input type="checkbox"/>
(+4) <input type="checkbox"/>	(-2) <input type="checkbox"/>
(+3) <input type="checkbox"/>	(-3) <input type="checkbox"/>
(+2) <input type="checkbox"/>	(-4) <input type="checkbox"/>
(+1) <input type="checkbox"/>	(-5) Très désagréable <input type="checkbox"/>
(0) NEUTRE <input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES

Fréquence, durée, inconfort, effets physiologiques perçus, etc.

Nom de la personne qui a complété la fiche :	Signature :
Adresse :	
courriel :	

Lorsque vous constatez des odeurs désagréables qui vous nuisent
 sur le territoire de la Ville de Delson, veuillez compléter ce formulaire
 et le retourner au Service de l'aménagement du territoire
 à urbanisme@ville.delson.qc.ca.