



14 Place de la Fontaine 63210 OLBY  
Tél. 04.73.87.10.77  
Fax 04.73.87.12.79`  
[secretariat@olby.fr](mailto:secretariat@olby.fr)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

 Bénéficiaire :

Je consens à m'inscrire sur ce registre en qualité de :

- ☐ personne de plus de 65 ans
- ☐ personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ☐ personne adulte handicapée

**Madame      Monsieur      (rayer la mention inutile)**

NOM/PRÉNOM :

.....

**Date de naissance :**

.....

**ADRESSE (complète) :**

.....

**TÉLÉPHONE :** .....

**EMAIL :** .....

**Vous vivez :**    ☐ Seul    ☐ En couple ou avec une tierce personne    ☐ En famille

 Personnes de l'entourage à prévenir en cas de besoin :

| NOM - Prénom | TÉLÉPHONE | PARENTÉ |
|--------------|-----------|---------|
|              |           |         |
|              |           |         |

 Prise en charge sanitaire et sociale :

|                         | NOM | TÉLÉPHONE |
|-------------------------|-----|-----------|
| Médecin traitant        |     |           |
| Infirmière              |     |           |
| Assistante sociale      |     |           |
| Service aide à domicile |     |           |
| Téléassistance          |     |           |
| Autre :                 |     |           |

 Si la demande est formulée par un tiers :

**Madame      Monsieur      (rayer la mention inutile)**  
NOM/PRÉNOM :

.....

ADRESSE (**complète**) :

.....

TÉLÉPHONE : .....

EMAIL : .....

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande et de signaler toute modification à la Mairie. Cette inscription est facultative, ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.**

**Je suis également informé(e) qu'en cas de non réponse aux appels effectués par les services de la Mairie en cas de risques climatiques ou autres, ceux-ci peuvent faire appel aux pompiers qui lors de leur intervention pourront forcer ma porte d'entrée.**

Fait à .....

Le.....

**Signature :**