

CAMPOS DE VOLUNTARIADO 2026

ACTIVIDAD

NOMBRE DEL CAMPO				CÓDIGO	
LUGAR DE CELEBRACIÓN					
FECHA INICIO		FECHA FIN			

DATOS PERSONALES

PARTICIPANTE							
DNI/NIF/NIE		FECHA NACIMIENTO:		EDAD		SEXO	--
DIRECCIÓN		Nº		PISO		LETRA	
POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL				PAÍS	
CORREO ELECTRÓNICO				TF.FIJO		TF.MÓVIL	

DATOS DE SALUD

RÉGIMEN ALIMENTICIO ESPECIAL	NO	SÍ	¿CUÁL?	
ALERGIAS	NO	SÍ	¿CUÁL?	
¿RECIBE TRATAMIENTO?	NO	SÍ	¿CUÁL?	
ENFERMEDADES	NO	SÍ	¿CUÁL?	
¿RECIBE TRATAMIENTO?	NO	SÍ	¿CUÁL?	
INCOMPATIBILIDAD CON OTRAS SUSTANCIAS	¿CUÁLES?			
DISCAPACIDAD		TIPO DE DISCAPACIDAD		
¿SABE NADAR?				
NECESIDADES ESPECIALES (adaptación, accesibilidad)				
OBSERVACIONES				

CONTACTOS EN CASO DE URGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS 1						
CORREO ELECTRÓNICO ₁		TF.MÓVIL ₁		TF.FIJO ₁		
NOMBRE Y APELLIDOS 2						
CORREO ELECTRÓNICO ₂		TF.MÓVIL ₂		TF.FIJO ₂		

AUTORIZACIONES

DECLARO que solicito participar en el campo de voluntariado y ACEPTO las condiciones de participación en el mismo.

AUTORIZO a que se adopten las decisiones médico quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente y a ser trasladado en caso de urgencia médica al centro sanitario más cercano.

AUTORIZO ser fotografiado o filmado con objetivos pedagógicos de participación en el grupo y/o fines informativos de la Comunidad de Madrid que en ningún caso podrán atentar contra mi dignidad personal. La Dirección General de Juventud no se responsabiliza de las fotografías publicadas por los participantes en las redes sociales

AUTORIZO a recibir información sobre actividades de la Dirección General de Juventud.

He leído y acepto la política de privacidad.

Fdo.:

Fecha y Hora:

A RELLENAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE JUVENTUD

JUSTIFICANTE DE PAGO

SE APORTA JUSTIFICANTE DE PAGO	NO	SÍ
--------------------------------	----	----

OBSERVACIONES