

CAMPOS DE VOLUNTARIADO MENORES 2024

ACTIVIDAD

NOMBRE DEL CAMPO				CÓDIGO	
LUGAR DE CELEBRACIÓN					
FECHA INICIO		FECHA FIN			

DATOS DEL PARTICIPANTE

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

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL							
DNI/NIF/NIE		PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL					
DIRECCIÓN		Nº		PISO		LETRA	
POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL		PAÍS			
CORREO ELECTRÓNICO				TF.MÓVIL		TF.FIJO	

DATOS DE SALUD

RÉGIMEN ALIMENTICIO ESPECIAL	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	¿CUÁL?	
ALERGIAS	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	¿CUÁL?	
¿RECIBE TRATAMIENTO?	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	¿CUÁL?	
ENFERMEDADES	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	¿CUÁL?	
¿RECIBE TRATAMIENTO?	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	¿CUÁL?	
INCOMPATIBILIDAD CON OTRAS SUSTANCIAS	¿CUÁLES?			
DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	TIPO DE DISCAPACIDAD		
¿SABE NADAR?				
NECESIDADES ESPECIALES (adaptación, accesibilidad)				
OBSERVACIONES				

CONTACTOS EN CASO DE URGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS 1				
CORREO ELECTRÓNICO1		TF.MÓVIL1		TF.FIJO1
NOMBRE Y APELLIDOS 2				
CORREO ELECTRÓNICO2		TF.MÓVIL2		TF.FIJO2

AUTORIZACIONES

- DECLARO bajo mi responsabilidad que solicito que mi hijo/a, tutelado/a, participe 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 relativas a mi hijo/a, tutelado/a, y a que sea trasladado en caso de urgencia médica al centro sanitario más cercano.
- AUTORIZO a que mi hijo/a, tutelado/a pueda ser 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 su 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.

La autorización tiene que venir con las dos firmas, padre y madre o tutor/a.

Fdo.:
Fecha y Hora:

IMPRIMIR

A RELLENAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE JUVENTUD

JUSTIFICANTE DE PAGO

SE APORTA JUSTIFICANTE DE PAGO	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

OBSERVACIONES