GENERALITAT VALENCIANA

IVAJ Institut Valencià de la Joventut

AUTORITZACIÓ DE MENORS. CAMPS DE VOLUNTARIAT

AUTORIZACIÓN DE MENORES. CAMPS DE VOLUNTARIADO

A DADES DE LA PERSONA VOLUNTÀRIA / *DATOS DE LA PERSONA VOLUNTARIA*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI-PASSAPORT / *DNI-PASAPORTE*	DATA DE CADUCITAT DEL DNI-PASSAPORT *FECHA DE CADUCIDAD DEL DNI-PASAPORTE*

DATA NAIXEM. / FECHA NACIM.	EDAT / EDAD	SEXE / SEXO	ESTUDIS / *ESTUDIOS*	PROFESSIÓ / *PROFESIÓN*

NECESSITATS ESPECIALS RELACIONADES AMB MALALTIES I DISCAPACITATS (EN CAS AFIRMATIU, APORTEU DOCUMENTACIÓ)
NECESIDADES ESPECIALES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES (EN CASO AFIRMATIVO, APORTAR DOCUMENTACIÓN)

B DADES A EFECTE DE NOTIFICACIÓ / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*	IDIOMA ☐ Valencià *Valenciano* ☐ Castellà *Castellano*

C CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / *CONTACTO EN CASO DE URGENCIA*

PERSONA DE CONTACTE / *PERSONA DE CONTACTO*	PARENTIU / *PARENTESCO*

CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*	TELÈFON / *TELÉFONO*

D ACTIVITAT SOL·LICITADA / *ACTIVIDAD SOLICITADA*

NOM DEL CAMP / *NOMBRE DEL CAMPO*	DATA DE CELEBRACIÓ / *FECHA DE CELEBRACIÓN*	COMUNITAT AUTÒNOMA EN QUÈ S'ORGANITZA *COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE SE ORGANIZA*

MOTIUS PELS QUALS TRIA AQUESTA ACTIVITAT / *MOTIVOS POR LOS QUE ELIGE ESTA ACTIVIDAD*

☐ Modalitat *Modalidad* ☐ Lloc *Lugar* ☐ Data Fecha ☐ Altres motius *Otros motivos* _____

TÉ EXPERIÈNCIA EN ALTRES CAMPS DE VOLUNTARIAT? *¿TIENE EXPERIENCIA EN OTROS CAMPOS DE VOLUNTARIADO?* ☐ SÍ ☐ NO	INDIQUE L'ÚLTIMA ACTIVITAT / *INDIQUE LA ÚLTIMA ACTIVIDAD*

Manifeste que conec i que accepte tot el que figura en les bases de la convocatòria de camps de voluntariat
Manifiesto que conozco y que acepto todo lo que figura en las bases de la convocatoria de campos de voluntariado

E AUTORITZACIÓ DE MENORS D'EDAT, A EMPLENAR PEL PARE, LA MARE O EL/LA TUTOR/A *AUTORIZACIÓN DE MENORES DE EDAD, A RELLENAR POR EL PADRE, LA MADRE O EL/LA TUTOR/A*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI-PASSAPORT / *DNI-PASAPORTE*

Autoritze el meu fill / la meua filla, tutelat/da _____
a assistir al camp de voluntariat en les condicions establides. També, autoritze la Direcció perquè, en cas de màxima urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, si ha estat impossible la meua localització.

Autorizo a mi hijo / mi hija, tutelado/a _____
a asistir al campo de voluntariado en las condiciones establecidas. También autorizo a la Dirección para que, en caso de máxima urgencia y con conocimiento y prescripción médica, tome las decisiones médico-quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona que autoritza / *La persona que autoriza*

Firma: _____

(1/2) EXEMPLAR PER A L'INSTITUT VALENCIÀ DE LA JOVENTUT / *EJEMPLAR PARA EL INSTITUT VALENCIÀ DE LA JOVENTUT*

CJAAPP - IAC

DIN - A4

IA - 16006 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

IVAJ Institut Valencià de la Joventut

AUTORITZACIÓ DE MENORS. CAMPS DE VOLUNTARIAT

AUTORIZACIÓN DE MENORES. CAMPS DE VOLUNTARIADO

A DADES DE LA PERSONA VOLUNTÀRIA / *DATOS DE LA PERSONA VOLUNTARIA*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI-PASSAPORT / *DNI-PASAPORTE*	DATA DE CADUCITAT DEL DNI-PASSAPORT *FECHA DE CADUCIDAD DEL DNI-PASAPORTE*

DATA NAIXEM. / FECHA NACIM.	EDAT / EDAD	SEXE / SEXO	ESTUDIS / *ESTUDIOS*	PROFESSIÓ / *PROFESIÓN*

NECESSITATS ESPECIALS RELACIONADES AMB MALALTIES I DISCAPACITATS (EN CAS AFIRMATIU, APORTEU DOCUMENTACIÓ)
NECESIDADES ESPECIALES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES (EN CASO AFIRMATIVO, APORTAR DOCUMENTACIÓN)

B DADES A EFECTE DE NOTIFICACIÓ / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*	IDIOMA
	☐ Valencià *Valenciano* ☐ Castellà *Castellano*

C CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / *CONTACTO EN CASO DE URGENCIA*

PERSONA DE CONTACTE / *PERSONA DE CONTACTO*	PARENTIU / *PARENTESCO*

CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*	TELÈFON / *TELÉFONO*

D ACTIVITAT SOL·LICITADA / *ACTIVIDAD SOLICITADA*

NOM DEL CAMP / *NOMBRE DEL CAMPO*	DATA DE CELEBRACIÓ / *FECHA DE CELEBRACIÓN*	COMUNITAT AUTÒNOMA EN QUÈ S'ORGANITZA *COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE SE ORGANIZA*

MOTIUS PELS QUALS TRIA AQUESTA ACTIVITAT / *MOTIVOS POR LOS QUE ELIGE ESTA ACTIVIDAD*

☐ Modalitat *Modalidad* ☐ Lloc *Lugar* ☐ Data Fecha ☐ Altres motius *Otros motivos* _____

TÉ EXPERIÈNCIA EN ALTRES CAMPS DE VOLUNTARIAT? *¿TIENE EXPERIENCIA EN OTROS CAMPOS DE VOLUNTARIADO?*	INDIQUE L'ÚLTIMA ACTIVITAT / *INDIQUE LA ÚLTIMA ACTIVIDAD*
☐ SÍ ☐ NO	

Manifeste que conec i que accepte tot el que figura en les bases de la convocatòria de camps de voluntariat
Manifiesto que conozco y que acepto todo lo que figura en las bases de la convocatoria de campos de voluntariado

E AUTORITZACIÓ DE MENORS D'EDAT, A EMPLENAR PEL PARE, LA MARE O EL/LA TUTOR/A *AUTORIZACIÓN DE MENORES DE EDAD, A RELLENAR POR EL PADRE, LA MADRE O EL/LA TUTOR/A*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI-PASSAPORT / *DNI-PASAPORTE*

Autoritze el meu fill / la meua filla, tutelat/da _____
a assistir al camp de voluntariat en les condicions establides. També, autoritze la Direcció perquè, en cas de màxima urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, si ha estat impossible la meua localització.

Autorizo a mi hijo / mi hija, tutelado/a _____
a asistir al campo de voluntariado en las condiciones establecidas. También autorizo a la Dirección para que, en caso de máxima urgencia y con conocimiento y prescripción médica, tome las decisiones médico-quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona que autoritza / *La persona que autoriza*

Firma: _____

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

CJAAPP - IAC

DIN - A4

IA - 16006 - 01 - E