**Consejo Consultivo Juvenil del SIPINNA de Veracruz**

**(Formato de registro)**

Te invitamos a que una persona adulta te ayude a contestar este formulario de registro para tu participación como postulante para formar parte del Consejo Consultivo.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del adolescente: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| CURP: |  |
| Edad: |  | Sexo: |  |
| DomicilioCalle: |  | Número: |  |
| Localidad/ Colonia: |  | Municipio: |  |

|  |
| --- |
| **Marcar con una “X” en caso de identificarte con alguno de los siguientes grupos:** |
| *Persona con discapacidad**¿Cuál?*  | Si | No | *Persona migrante* |  |  | *Persona afromexicana* |  |
|  |
| *En tu casa hablan alguna lengua indígena*¿Cuál? | Si | No | *Ninguno* |  |  |
|  |

En caso de pertenecer a alguna asociación, grupo, programa u otro, responder lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización, grupo, programa, otro:** |  |
| Marcar con una “X” el**Tipo de organización:** |  | Organización de la Sociedad Civil |
|  | Deportiva |
|  | Recreativa |
|  | Cultural |
|  | Religiosa |
|  | Medioambiental |
|  | Educativa |
|  | Otra: ¿Cuál?  |
| **Actividad principal que realiza la organización, grupo, programa, otro:** |  |

|  |
| --- |
| **Datos de la Madre, Padre, Tutor o Representante Legal de la niña, niño o adolescente** |
| Nombre completo: |  | Parentesco: |  |
| Número de contacto: |
| DomicilioCalle: |  | Número: |  |
| Localidad/ Colonia: |  | Municipio: |  |
| Correo Electrónico:(opcional) |  |

**Nota:** *El adulto citado en* este apartado, será la persona de contacto, a quien la Secretaría Ejecutiva del SIPINNA municipal, notificará en caso de ser seleccionada(o).

*Deberá anexar copia del INE del padre, madre, tutor o persona responsable*