



MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Servicios Prestados

1. Educación.



Rafael Feliu
Coordinador
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com / rfeliu2@gmail.com
87668953.





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Descripción de Servicios

1. Charlas de Prevención y Participación Juvenil (teatro, Baile, Canto y Red de Comunicadores).

Rafael Feliu
Coordinador
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com/rfeliu2@gmail.com
87668953.



Rafael Feliu





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Procedimiento

1. Presentar Requisitos.
2. llenar Hoja de Inscripción de Voluntario.



Rafael Feliu
Coordinador
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com / rfeliu2@gmail.com
87668953.





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Requisitos

1. Partida de Nacimiento (Original y Copia).
2. Fotografía tamaño carnet del voluntario.
3. Fotocopia de la identidad del padre de Familia o encargado.

Rafael Feliu
Coordinador
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com/rfeliu2@gmail.com
87668953.





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Servicios Prestados

1. Salud.

Rafael Feliu
Coordinador

Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud

pmiajvillanueva@gmail.com / rfeliu2@gmail.com

87668953.

Rafael Feliu





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Requisitos

1. Autorización escrita del responsable legal
2. Copia de Identidad.
3. Copia de partida de nacimiento del alumno.
4. Calificaciones académicas.
5. Asistencia a las consultas.

Rafael Feliu
Coordinador
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com/rfeliu2@gmail.com
87668953.





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Procedimiento

1. Remisión por parte del Centro Educativo.
2. Entrevista Inicial a padre, madre o encargado.
3. Primer contacto con el alumno.
4. Actividades psicoeducativas y lúdicas.
5. Monitoreo.
6. Capacitaciones.

Rafael Feliu
Coordinador

Rafael Feliu

Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud

pmiajvillanueva@gmail.com/rfeliu2@gmail.com

87668953.





MUNICIPALIDAD DE VILLANUEVA

Villanueva, Cortés, Honduras, C. A.

Tel. 2670-4445 / 2670-4788 Fax: 2670-4404

www.munivillanueva.org



Programa Municipal de la Infancia, Adolescencia y Juventud

Colonia La Orquídea, 2 cuadras al sur de la Escuela Happy Face, Villanueva, Cortés,
correo electrónico pmiajvillanueva@gmail.com

Descripción de Servicios

1. Atención Psicológica Individual en Centros Educativos.

Rafael Feliu
Coordinador 
Programa Municipal de Infancia, Adolescencia y Juventud
pmiajvillanueva@gmail.com / rfeliu2@gmail.com
87668953.





FICHA DE INSCRIPCION DE VOLUNTARIOS

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

DIRECCION DONDE VIVE: _____

TELEFONO: _____

OTROS DATOS

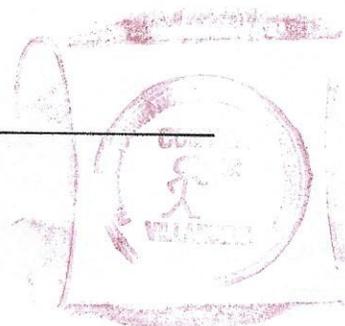
ESTUDIA SI NO

LUGAR DONDE ESTUDIA: _____

CURSO _____ MODALIDAD _____

TRABAJA SI NO

LUGAR DONDE TRABAJA _____



PORQUE QUIERE SER VOLUNTARIO:

EN QUE AREA DESEA TRABAJAR COMO VOLUNTARIO

CAPACITACIONES

TEATRO

BAILE

RED DE COMUNICADORES INFANTILES Y JUVENILES

FORMARSE COMO CAPACITADOR O LIDER

PARTICIPAR EN EVENTOS DE MOVILIZACION

FECHA DE INGRESO: _____

FIRMA DEL VOLUNTARIO (A): _____

Vo. Bo. Coordinador COMVIDA Villanueva

CON APOYO DE:



Canada





FECHA: _____
INSTITUCION QUE REMITE EL CASO: _____
NOMBRE COMPLETO: _____
EDAD: _____ SEXO: HOMBRE ___ MUJER ___ NUMEROS TELEFONICOS: _____
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO: _____
#IDENTIDAD: _____ LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
MOTIVO DE REMISION: _____
NOMBRE DE QUIEN REMITE: _____



FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION



FECHA: _____
INSTITUCION QUE REMITE EL CASO: _____
NOMBRE COMPLETO: _____
EDAD: _____ SEXO: HOMBRE ___ MUJER ___ NUMEROS TELEFONICOS: _____
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO: _____
#IDENTIDAD: _____ LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
MOTIVO DE REMISION: _____
NOMBRE DE QUIEN REMITE: _____



FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION



FECHA: _____
INSTITUCION QUE REMITE EL CASO: _____
NOMBRE COMPLETO: _____
EDAD: _____ SEXO: HOMBRE ___ MUJER ___ NUMEROS TELEFONICOS: _____
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO: _____
#IDENTIDAD: _____ LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
MOTIVO DE REMISION: _____
NOMBRE DE QUIEN REMITE: _____



FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION