

Turismo Social

Institución

Esuela de Educación Secundaria Nro 6

Bmé Bavio-Magdalena

Mes

1 0

Año

20 22

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Barrios Noelia	DNI 32.213.881	19/07/1986	Hipolito Irigoyen 545	2215943454	<i>[Firma]</i>
Cuello Bruno Lautaro	DNI 47.052.712	14/04/2006	Pcias Unidas e/ 25 de Mayo y Dr Pepe	221 6914232	<i>[Firma]</i>
Ferreyra orellana Fabricio Emanuel	DNI 45.578.910	17/05/2004	25 de Mayo y San Martin	2214542357	<i>[Firma]</i>
Gatti Lucia	DNI 45.578.979	03/08/2005	25 de Mayo e/ Gral. Paz y San Martin	2214911651	<i>[Firma]</i>
Lucero Lucila Ailen	DNI 47.088.054	07/03/2006	Palleja y Hernando Nro 244	2214760912	<i>[Firma]</i>
Lucero Maria Cecilia	DNI 32.599.922	28/09/1986	Dr Araldi Nro 844	2213627083	<i>[Firma]</i>
Maciel Linda Malena	DNI 45.578.989	20/09/2005	Ruta 11 KM 25	2215671712	<i>[Firma]</i>
Miranda Sczerby Mauro Leonel	DNI 44.301.182	11/10/2003	San Pablo e/ Palleja y Hernando	2215904190	<i>[Firma]</i>
Montes de Oca Maria Luz	DNI 45.578.997	20/12/2005	25 de Mayo Nro 280	2223675694	<i>[Firma]</i>
Monzón Luciana Itatí	DNI 46.842.732	27/03/2006	Ruta 54 Zona Rural Pje. La Clelia	221655123	<i>[Firma]</i>
Ponce Marcelo	DNI 23.791.994	12/06/1974	Brandsen y Velez Sarfield	2214201714	<i>[Firma]</i>
Ratto Lamilla Carolina Belén	DNI 51.705.542	16/10/2005	San Pablo e/ Reconquista y Palleja	2216742984	<i>[Firma]</i>
Agustina Soledad Solis	DNI 45.578.926	06/09/2004	Pcias Unidas y 25 de Mayo	2216559022	<i>[Firma]</i>
Armando Silvio José Vallejos	DNI 46.082.127	30/11/2004	Ruta 11 Km 50. Las Cristinas	2223460996	<i>[Firma]</i>
Bruno Tobias Vazquez	DNI 47.022.445	05/11/2005	Pizarro e/ Pcias Unidas y Mitre	2214348664	<i>[Firma]</i>

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MIRANDA SZCZERBY MAURO LEONEL
 DNI N° 44.202.182 domiciliado en la calle SAN PABLO el Pájaro y HERNANDEZ
 de la localidad de Bue. BAJO Teléfono 2215904590
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S. N° 6 del
 distrito MAGDALENA a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional JUBILEO Y MEMORIA a realizarse en la
 localidad de CHAPADMALAL el/los
 día/días 23 AL 27 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Bue. BAJO.

Fecha: 23/10/2022.

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Szczerby Emiliana

DNI N°: 30284261

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2215904590 (MAMA)
2214558079 (PAPA)

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 21/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: MIRANDA SZCZERBY, MAURO

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SZCZERBY, EMILIANA EDIT

Dirección: San Pedro de Billa, Hemedo Teléfono: 2215904190

Lugar a viajar: CHAPADHALAL

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras: DISOLUBLE HEMORR

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

MIRANDA SZCZERBY, MAURO
en: BUENOS AIRES a los: 21 días del mes de: OCTUBRE

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SZCZERBY EMILIANA

Aclaración de la Firma

SZCZERBY EMILIANA

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a... Konzon Luciano Itali.....
 DNI N° 46 842 732 domiciliado en la calle Ruta 54 Zona Rural Pje. Lo Celso
 de la localidad de B. Bavis..... Teléfono 2216551223
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6..... del
 distrito Magdalena..... a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Herencia..... a realizarse en la
 localidad de Chopamalal..... el/los
 día/días 23 al 27..... del mes de Noviembre..... del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. BavisFecha: 21/10/22Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Fernando Luciano ItaliDNI N°: 31250082.

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

221655.1223

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21/10/22

Apellido y Nombres del Alumno Monzon Luciano Itali

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Fernandez Lilitiana Ofelia

Dirección Ruta 54 Pje La Cielita Teléfono: 2216551223

Lugar a viajar Chepod modal

1. ¿Es alérgico? No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Monzon Luciano Itali
en B. Buenos a los 21 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Fernandez Lilitiana Ofelia
Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Fernandez Lilitiana
Aclaración de la Firma



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
MONZON

Nombre / Name
LUCIANA ITATI

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
27 MAR / MAR 2006

Fecha de emision / Date of issue
19 MAY / MAY 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 MAY / MAY 2036

LUCIANA
FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

46.842.732

Tramite N° / Of. ident.
0066057.18.18
7643





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Vallejos, Armando Silvio José
 DNI N° 46.082.127, domiciliado en la calle Avda. Km 50. Lcs Cristinos
 de la localidad de Pomé. Buzio Teléfono 2223 460996
 que concurre al Establecimiento Educativo N° EES N° 6 del
 distrito Dpto. Buenos Aires a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Menores a realizarse en la
 localidad de Chapadmalal el/los
 día/días 23 al 27 del mes de Noviembre del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Pomé. Buzio

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Leonardo Vallejos
Leonardo Vallejos
 3

DNI N°: 24.387466

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

0223 460996 (PAPA)

0221 3083566 (YATILA, PAREJA DEL PAPA)

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21, 10, 2022
 Apellido y Nombres del Alumno Vallejos, Armando Silvio Jose'
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Vallejos, Leonarzo
 Dirección Ruta 11. Km 50. Teléfono: 2223 460996
 Lugar a viajar Chiriqui

1. ¿Es alérgico? Si No (tachar lo que no corresponda)
 En caso de respuesta positiva: ¿a qué? Polen (Arroz)

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios No
- b) Fracturas o esguinces No
- c) Enfermedades infecto-contagiosas No
- d) Otras: —

3. ¿Está tomando alguna medicación? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: Sabotaje (P.F.)

5. ¿Tiene Obra Social? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Vallejos, Armando Silvio Jose'
 en Buenos Aires a los 21 días del mes de octubre
 del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de

emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal

Leonarzo Vallejos

Aclaración de la Firma

Leonarzo Vallejos



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
VALLEJOS



Nombre / Name
ARMANDO SILVIO JOSÉ

Sexo / Sex: Masculino / Nationality / Nacionalidad: ARGENTINA Ejemplar: A

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 NOV / NOV 2004

Fecha de emisión / Date of issue
18 FEB / FEB 2021

ARMANDO VALLEJOS

Firma identificadora / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
18 FEB / FEB 2036

Documento / Document
46.082.127

Trámite Nº / Of. Ident.
00649527813
8058





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ciello Bruno Gustavo
 DNI N° 47.052.712, domiciliado en la calle Pasa Ovidas el 25 Mayo, D. Peps
 de la localidad de Bu. Bxio Teléfono 221-6914232
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S. N° 6 del
 distrito MACDONALDO a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional (CURSOS) / MENDOCINA a realizarse en la
 localidad de CHAPADMALAL el/los
 día/días 23 al 27 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Bu. Bxio

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: [Firma] Elanidia Ester Gómez

DNI N°: 30.429.523

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

221-6914232 (usud)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 21.10.2022

Apellido y Nombres del Alumno: Cuello Bruno Lautaro

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

GÓMEZ CLAUDIA ESTER

Dirección: Pcs. Unidos, 25 de Mayo y Pape, Teléfono: 2216914232

Lugar a viajar: Chaparral

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras: Principio ASHA

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Cuello Bruno Lautaro en el mes de Octubre a los 21 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Cuello

Aclaración de la Firma

Claudia Ester Gomez



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
CUELLO

Nombre / Name
BRUNO LAUTARO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 ABR / APR 2006

Fecha de emisión / Date of issue
10 MAY / MAY 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 MAY / MAY 2036

BC
FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

Documento / Document

47.052.712

Trámite N° / Of. Ident.
00660558042-7643





Ospil
Obra Social Atilra

PLAN
SUPERADOR
+ AMPIL

CUELLO, BRUNO LAUTARO

PLAN: PBO/PSA

2033867138802

Secc. CHASCOMUS

58795-2

Vto.: 11/2026

6

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a VARQUEZ, Bruno Tomás
 DNI N° 47.022.415, domiciliado en la calle Pizarro e/ Las Unidas y Mitre
 de la localidad de Bu. Baulo Teléfono 221-4348664
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S. N°6 del
 distrito MAGDALENA a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la
 localidad de CHAPADMALAL el/los
 día/días 23 AL 27 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Bu. Baulo

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: CLAUDIA ARRÍA

DNI N°: 31531365

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

221-4348664 (HMS)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21 / 10 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno VAREZ, BRUNO TOBIAS

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal ARRÍA CLAUDIA

Dirección PIZZARRO E/PUJOS UNIDOS Y NITRE

Teléfono: 221-4348664

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en VAREZ, BRUNO TOBIAS a los 21 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

ARRÍA CLAUDIA

Medifé

VAZQUEZ BRUNO TOBIAS

3-06406568-02/000

DU 47022445

PLAN PLATA

OBL

INGRESO 01/04/19

FARMACIA 40%

O.S.A.S.E.

GPD 13197 N-03/19

TODOS LOS DÍAS, LAS 24 HORAS.

0800 333 0075

Urgencias y Emergencias

0800 333 2700

Centro de Servicios al Cliente

Esta credencial es personal e intransferible. Debería presentarse junto a un documento que acredite la identidad. De encontrar extravía esta tarjeta, se ruega remitir a nuestro Sucursal más cercana. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - Organismo - 0800 333 SALUD (72582) - WWW.SER.SALUD.GOV.AR

www.medife.com.ar

l
7
d

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ratto Luilla Carolina Baleu
 DNI N° 51.705.342 domiciliado en la calle San Pablo e/ Recreo y Pellegrini
 de la localidad de Boné-Baño Teléfono 221 674 2984
 que concurre al Establecimiento Educativo N° EES N° 4 del
 distrito Magdalena a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jovenes y Memoria a realizarse en la
 localidad de Chapaduzal el/los
 día/días 23 al 27 del mes de noviembre del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Boné-Baño

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 LAMILLA MARIA JOSE

DNI N°: 93707519

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

221-6742984 (MADRE)
221-5372614 (DAMIÁN)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21/10/2022

Apellido y Nombres del Alumno Ratto, Carluz, Carolina Belen

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

LAMILLA VALENCIA MARIA JOSE

Dirección SAN PABLO 342 - BAYO Teléfono: 221 674 2984

Lugar a viajar CHA PAD MALAL

1. ¿Es alérgico? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? POLEN, (LOBATADINA) ANTIALERGICO.

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: ALERGICA

5. ¿Tiene Obra Social? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Ratto, Carluz, Carolina Belen en Bayo a los 21 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando a por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

LAMILLA VALENCIA MARIA JOSE



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
RATTO LAMILLA

Nombre / Name
CAROLINA BELEN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 OCT / OCT 2005

Fecha de emisión / Date of issue
12 MAY / MAY 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 MAY / MAY 2036

FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Documento / Document
51.705.542

Título N° / Df. sint.
00660515755
7643



Corresponde al Expediente N° 5802-17/1421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 27/10/22
Apellido y Nombres del alumno Ponce Marcelo (docente)
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Dirección Sandoz y U. Sarfield Teléfono: 221-420114

Lugar a viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? ...

- 2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos Inflamatorios []
b) Fracturas o esguinces []
c) Enfermedades infecciosas-contagiosas []
d) Otras: ...

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] No (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [] SI [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a en Bañados de San Juan los 27 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando SI por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature: Ponce Marcelo]

Aclaración de la Firma

II-2017-01706868-GDE/BA-CCGYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 25/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: BARRIOS NOELIA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Dirección: HIPOLITO IRIGORREN 545 Teléfono: 0221 5943454

Lugar a viajar: CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

BARRIOS NOELIA en MAGDALENA a los 25 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma BARRIOS NOELIA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

CERTIFICACIÓN AFILIATORIA

Datos Personales		Datos Afiliatorios	
Apellido y Nombre	BARRIOS NOELIA SOLERABE	N° Afiliado	2321138818/00
Sexo y N° Documento	F 32213811	Titular	NOELIA SOLERABE
Fecha Nacimiento	19/07/1966	Apellido Paterno	NOELIA SOLERABE
Domicilio	GUEMES 1100 VONIGER, CABA	Apellido Materno	NOELIA SOLERABE
Partido	505 - MAGDALENA	Estado Afiliatorio	Activo
Localidad	MAGDALENA	Fecha Ingreso	27/07/2012
Teléfono	(2221) 453185	Fecha Cese	31/07/2022
	(221) 155913454		



Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser verificados por el receptor de la misma en la página institucional de IOMA <http://www.ioma.gba.gov.ar>. Este procedimiento deberá estar acompañado por el DNI para comprobar la identidad del portador de la misma.

Válido como credencial hasta la fecha de su cese afiliatorio consignado en la parte superior.

Certificación afiliatoria N° 9453893

Fecha 27/07/2022 a las 12:09:30

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
Fecha: 25/10/22Apellido y Nombres del Alumno: LUCERO MARIA CECILIA (DOCENTE)

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Dirección: DOCTOR ARALDI 844 Teléfono: 0221-3627083Lugar a viajar: CHAPADMALAL1. ¿Es alérgico? **Si** **No** (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)

a) Procesos Inflamatorios b) Fracturas o esguinces c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? **Si** **No** (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? **Si** **No** (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a

en Lucero María Cecilia
en 30 de octubre años 25 días de mes de octubredel año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales reguizados. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos que me han sido solicitados.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal


Lucero María Cecilia
Aclaración de la Firma

SECRETARÍA DE CULTURA Y EDUCACIÓN - CGCYEDGCYE

Página 26 de 33



Buenos Aires
Provincia

IOMA

LUCERO MARIA CECILIA

6107 1600 1634 7776

S DOC 32.599.922

AFILIADO N° 2325999221/00

VTO 03/27 505-0



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a Fernando Orellano Fabiano Emanuel
 DNI N° 45578910, domiciliado en la calle 25 de Mayo y S Martín
 de la localidad de B. Bauro Teléfono 2214542357
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del
 distrito Megrolena a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jovenes y Memoria a realizarse en la
 localidad de Chapadmalal el/los
 día/días 23 al 27 del mes de Noviembre del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. Bauro.

Fecha: 24.10.22.

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: x Orellano Melisa.

DNI N°: 31733812.

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2214542357 mamá

2214771035 papá

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 24/10/22
 Apellido y Nombres del Alumno: Ferreiro Orellana Fabrice Emanuel
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal
Orellana Gisela Helisa
 Dirección: 25 de Mayo y S. Martín Teléfono: 2214542357
 Lugar a viajar: Chapadmalal

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Ferreiro Orellana Fabrice Emanuel
 en B. Pampa a los 24 días del mes de Octubre

del año 2022, autorizando SI por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Gisela Helisa Orellana
 Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Orellana Gisela
 Aclaración de la Firma

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, COMISARÍAS PULCRAS Y VIGILANCIA

Apellido / Surname
FERREYRA ORELLANA

Nombre / Name
FABRICO EMANUEL

Sexo / Sex: Masculinidad / Nationality: Argentina / Género: A

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 MAY / MAY 2004

Fecha de emisión / Date of issue
08 NOV / NOV 2015 *FA BRICO*

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 NOV / NOV 2033

Documento / Document
45.578.910

Trámite N° / Of. Afili. /
00570722058
9546



Buenos Aires
Provincia

IOMA

FABRICO EMANUEL

DOC

AFILIADO N°

VTO



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL


Por la presente autorizo a mi hijo/a Honken de Oca Maria Luz.....
 DNI N° 45578997 domiciliado en la calle 25 de Mayo N° 280
 de la localidad de B. Bavis..... Teléfono 2223675694
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6..... del
 distrito Magdalena..... a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memoria..... a realizarse en la
 localidad de Chepodmetel..... el/los
 día/días 23 al 27..... del mes de Noviembre..... del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. BavisFecha: 24/10/22Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: DNI N°: 29269374.

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2223675694 madre02214911543 abuela

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 24/10/22

Apellido y Nombres del Alumno Montes de Oca María Luz

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Camino María Melisa

Dirección 25 de Mayo N° 280 Teléfono: 22 23 6756 94

Lugar a viajar Chepodme Ica

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: Es vegetariano

5. ¿Tiene Obra Social? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Montes de Oca María Luz en B. Basso a los 24 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

M. Camino Melisa Aclaración de la Firma



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS



Apellido / Surname
MONTES de OCA

Nombre / Name
MARIA LUZ

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
20 DIC / DEC 2005

Fecha de emisión / Date of issue
22 MAY / MAY 2021

Maria Luz

FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
22 MAY / MAY 2036

Documento / Document
45.578.997

Trámite N.º / Of. ident.
**00660517596
7643**





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Solis Agustina Solerano
 DNI N° 45.578.926 domiciliado en la calle RUS UNIDAS y 25 DE MAYO
 de la localidad de Bue. Bs. Aires Teléfono 2216.5590.22
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E. S N° 6 del
 distrito MAGNANA a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIAS a realizarse en la
 localidad de CHAPADMALAL el/los
 día/días 23 AL 27 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Bue. Bs. AiresFecha: 21/10/2021Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Emilia EmiliaDNI N°: 14.677.976

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2216559022 (HERMANA)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21 / 10 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno Solis, Agustina SOLEDAD

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

EMA SUFRE

Dirección Pablos Unidos, 25 de Mayo Teléfono: 2216559022

Lugar a viajar CHAPADMAL

1. ¿Es alérgico? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? PICADURA DE MOSQUITOS

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? Sí No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Solis, Agustina SOLEDAD en Bre. Ocho a los 21 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

EMA SUFRE

Aclaración de la Firma

EMA SUFRE



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Lucas Lucas Aiken
 DNI N° 47.088.054 domiciliado en la calle Palteja y Hazañudo el Hazañudo y San Julia
 de la localidad de Bud. Budo Teléfono 2214760912 N° 244
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S. N° 6 del
 distrito Hazañudo a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional JORNES Y MEMORIAS a realizarse en la
 localidad de CHAMPAGNAT el/los
 día/días 23 AL 27 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Bud. BudoFecha: 21/10/2022Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Anahita ANA M. DANIELS DIZDNI N°: 31.256.247

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2214760912 (MAMA)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21/10/22.

Apellido y Nombres del Alumno... LUERO, Lucila AILEN.

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Esteban Doniolo Diz

Dirección PALERMA Y HERNANDEZ Teléfono: 2214760912

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en LUERO, Lucila AILEN en Br. Bajo a los 21 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

AUSEN SAUZELA DIZ Aclaración de la Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Geoffrey Lucio
 DNI N° 45.538.948 domiciliado en la calle 23 de Mayo alard 203 y San Martín
 de la localidad de Buenos Aires Teléfono 4811651 del
 que concurre al Establecimiento Educativo N° ETS N° 6 del
 distrito Bogotá a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memorias a realizarse en la
 localidad de Chacarita el/los
 día/días 23 al 27 del mes de enero del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Buenos Aires

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI N°: 24240404

Teléfono de Urgencia (consignar varios). Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

2223677913 (Padre)

Marcelo Pett

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 21, 10, 2022

Apellido y Nombres del Alumno Gatti, Lucía

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

GATTI, MARCELO GABRIEL

Dirección 25 de Mayo ej 622 P23 Teléfono: 2223671913

Lugar a viajar Chiriquizal

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios ()
- b) Fracturas o esguinces ()
- c) Enfermedades infecto-contagiosas ()
- d) Otras: ()

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] NO (tachar lo que no corresponde) Sobre borrado vale No

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: anti conceptivos

5. ¿Tiene Obra Social? [SI] [X] NO (tachar lo que no corresponda) Sobre borrado vale SI

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

GATTI, LUCIA en POMEBAVIO a los 21 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Marcelo Gatti

Aclaración de la Firma

Marcelo Gabriel Gatti



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Maziel Linas Galeuz
 DNI N° 45.570.989 domiciliado en la calle Ruta 11 Km 25.
 de la localidad de Mazaten Teléfono: 2215671712
 que concurre al Establecimiento Educativo N° EES N° 6 del
 distrito Mazaten a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memoria? a realizarse en la
 localidad de Chapadmalal el/los
 día/días 23 al 27 del mes de Noviembre del
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: And. Buzio

Fecha: 21/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

[Handwritten signature]

DNI N°: 13440065

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Tel usuz 2215457085

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

1/17

Fecha 21/10/2022
 Apellido y Nombres del Alumno Maziel, Lindz Melenz
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Maziel, Luis Alberto
 Dirección Rta 11 Km 25 Teléfono: 2213671712
 Lugar a viajar Chapuzambel

1. ¿Es alérgico? No (tachar lo que no corresponda)
 En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 a) Procesos Inflamatorios No
 b) Fracturas o esguinces No
 c) Enfermedades infecto-contagiosas No
 d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? no (tachar lo que no corresponda)
 En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? si No (tachar lo que no corresponda)
 En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Maziel, Lindz Melenz en Buenos Aires a los 21 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

[Handwritten signature]

Duplicado
04.00 DNI 45.578.989

MACIEL LINDA MALENA

23-13770068-9-02

FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA

ARGENTINA
SANIDAD
 OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA

REPUBLICA ARGENTINA - ARGENTINA
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
MACIEL

Nombre / Name
LINDA-MALENA

Sexo / Sex - Nacionalidad / Nationality - Ejemplar
 F - ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth
20 SEP / SEP 2005

Fecha de emisión / Date of issue
24 MAY / MAY 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 MAY / MAY 2037

Documento / Document
45.578.989

Trámite / Procedure
 00688289588
 7480

LINDA
DNI

PUNA DEL ENTREGADOR 22222222




Distrito: Magdalena

Servicio Educativo: Escuela de Educación Secundaria Nro 6 – Bmé Bavio

Ciclo lectivo: 2022- Mayo

PROYECTO “AL PUEBLO DE BAVIO SALUD”

Coordinadora: Barrios Noelia

Docentes: Marcelo Ponce

Maria Cecilia Lucero

FUNDAMENTACIÓN:

El presente proyecto fue pensado para ser abordado en La Escuela de Educación Secundaria Nro 6, que se encuentra ubicada en la localidad de Bartolomé Bavio, partido de Magdalena.

Al ser una zona rural, la Escuela cuenta con estudiantes de su comunidad y campos cercanos como también jóvenes de diferentes barrios de la localidad de La Plata, quienes se trasladan en autos particulares, transporte público o privado.

La Escuela de Educación Secundaria Nro 6 cuenta con orientación en Ciencias Sociales y orientación en Comunicaciones, se fundó hace no más de quince años y se ha observado un incremento notable en la matrícula de estudiantes que eligen esta Institución, llegando a ser 192 alumnos entre los dos ciclos, este incremento se da en mayor medida en el ciclo básico que cuenta con 99 estudiantes y contando con 93 Estudiantes en el Ciclo Superior.

Dado el incremento de la matrícula, la Escuela cuenta en Ciclo Básico con dos divisiones en primero, segundo, tercer año. En Ciclo Superior con dos divisiones en cuarto, quinto y sexto año, incorporada este año.

Su comunidad cuenta con alrededor de 3500 habitantes, donde la principal fuente de trabajo es el campo, empresas como Vacalín y changas. Esta localidad también cuenta con una sala de emergencias que depende del Hospital que se encuentra ubicado a más de 30 Km, en la localidad de Magdalena. Por lo que el servicio público de salud mental brindado a adolescentes no es suficiente.

Esta problemática ha ido creciendo a lo largo de los años con el incremento de población en la zona y la demanda del servicio por parte de adolescentes. Por lo que los estudiantes de 5to año de la EES Nro 6 se propusieron Investigar sobre el tema, planteándose la siguiente problemática e hipótesis.

Problemática: ¿Por qué no se sostiene la atención en Salud Mental adolescente en la Unidad Sanitaria de la Localidad de Bartolomé Bavio?

Hipótesis: Al ser una comunidad pequeña, el estigma social genera desconfianza en la Salud Pública.

Teniendo como objetivo el rechazo o verificación de su hipótesis, los estudiantes realizarán una Investigación a la población adolescente y adulta de la comunidad.

El poder ser parte del Programa Jóvenes y Memoria nos invita como institución a pensar y entender a los jóvenes como sujetos de derecho, sujetos críticos y constructores de subjetividades es por ello que tomamos algunas frases introductorias del programa para esta fundamentación: “Pensar y ejercer la democracia resulta inseparable de la lucha por los derechos humanos. La idea de que la democracia es aquella sin conflicto es la enunciación de un proyecto de sociedad que legitima y perpetúa el orden social vigente. Por el contrario, la reivindicación de una democracia beligente busca denunciar la injusticia e imaginar otro futuro posible de mayor justicia e igualdad. Ese es el horizonte de expectativas que deben abrir los derechos humanos y los trabajos de memoria”.

“Educación, derechos humanos y memoria se constituyen así en un nuevo espacio articulado por la voluntad de transmisión de saberes académicos pero, ante todo, de saberes/acción. La acción colectiva, que se despliega en el saber y hacer con otros, ya sea en cooperación o en pugna, convierte al sujeto en ciudadano, no en mero actor y defensor de sus derechos como individuo”.

PROPÓSITOS:

- Convocar a los estudiantes a ejercer su ciudadanía .
- Que los jóvenes sean sujetos activos en el proceso de investigación.
- Constructores de la memoria de su comunidad.
- Promover el sentido crítico sobre el pasado y el presente.
- Brindar espacios de intercambio (en espacios seguros) entre los equipos de trabajo para optimizar la tarea.
- Analizar las Problemáticas sociales de la Comunidad en la que viven.
- Generar espacios de acciones colectivos para abordar la problemática planteada.
- Visibilizar la problemática y sus resultados.

PLAN DE ACCIÓN:

Los estudiantes realizarán una investigación de la problemática, tomando como muestra las diferentes entrevistas y cuestionarios que realizarán con los adolescentes y adultos de la comunidad, así como también con las áreas de salud y profesionales de la temática.

Luego de recabada la información, harán un análisis y conclusión que les permitirá verificar o rechazar la hipótesis que elaboraron.

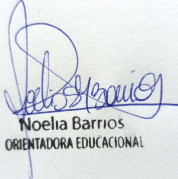
Como producto final realizarán una emisión de radio abierta en la plaza del pueblo, en articulación con el proyecto institucional “Radio Seis”, con el fin de visibilizar la problemática, haciendo parte de ésta a la comunidad.

TIEMPO Y EVALUACIÓN:

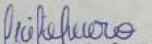
El presente proyecto se llevará a cabo durante todo el Ciclo Lectivo 2022, siendo su evaluación continua, en el caso de ser necesario se modificará el contenido del mismo.

DESTINATARIOS:

Estudiantes de 5to año de ambas orientaciones: Comunicaciones y Ciencias Sociales de la Escuela de Educación Secundaria N° 6.



Noelia Barrios
ORIENTADORA EDUCACIONAL



Lic. María Cecilia Lucena
Directora EESN°6
Bartolomé Bavió



Prof Marcelo Ponce