

Turismo Social

Institución

Mes Año

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
CASSINELLI LORENZA	45914707	10/18/2004	SACCONI 1987-MDA	2257537822	
CESPEDES AGUSTINA	45914626	8/4/2004	A. CHASCOMÚS 670. MDA	2257645356	
ESPINDOLA MAURO	46556806	3/30/2005	ALVARO RICO 1500- MDA	2257638304	
EYRAS AGUSTINA	28528603	10/20/1980	LIBRES DEL SUR 550- MDA	2257614420	
FUERTES AYLEN	45914605	8/4/2004	DOLORES 566	22570619712	
IBAÑEZ DENISSE	45679990	7/19/2004	LA MARGARITA 2446- MDA	1137395652	
IBARRAZ MARISOL	45925730	7/20/2004	MARANO 1069- MDA	2257524384	
LISTA DYLAN	45914704	10/17/2004	B. ENCALADA 1850.MDA	2257403664	
MONTES ORNELLA	45914903	1/26/2004	EL ANCLA 180- MDA	2257523673	
PETRILLO GABRIELA	21775595	10/15/1970	JUJUY 2520 SAN BERNARDO	2257666914	
PONCE MARTI LUCAS	46124207	9/7/2004	J. NEWBWRY 780- MDA	1169719244	
SANCHEZ PRISCILA	45910569	7/3/2004	PERGAMINO 1505	1159255397	
TOLOSA MELANY	46556898	6/22/2005	LA MAREJADA.CASA N°31. MDA	2257504541	
VELASTIQUI ANA	45914796	12/2/2004	J. NEWBERY 1376 MDA	2257587817	

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Casinelli Lorenga Adnanay
DNI N° 45.914.707 domiciliado en la calle SACOM 1987 de la localidad de
Mar de Ajo TE. 2254 537822 que concurre al Establecimiento Educa-
tivo N° 2 del distrito la Costa a participar de la Salida Educativa / Salida de Re-
presentación Institucional Jóvenes y memoria a realizarse en
la localidad de Chapadmalal el/los días 6, 7, 8 y 9 mes de Diciembre del pre-
sente 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 en relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su sólo 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.

Las 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: Mar de Ajo

Fecha: 06 / 12 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor:

Belmeda Belmeda B

DNI N°: 29895244

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

2254 537822

Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los propios alumnos

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 27 / 10 / 22

Apellido y Nombres del Alumno Casinelli Lorenga Adonay

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Balmaceda Betiana

Alejandra

Dirección: Sacconi 1981 Teléfono: 2257 537822

Lugar a viajar:

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: NO

3. Está tomando alguna medicación (si) (no) (tachar lo que no corresponde)

En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica

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

5. ¿Tiene Obra Social? (si) (no) (en caso de respuesta afirmativa 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

Casinelli Lorenga Adonay en Mar de Ajo

a los 27 días del mes de Octubre del año 2022 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Balmaceda
Firma Padre, Madre, Tutor
o Representante legal

Balmaceda B
Aclaración de la Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 27 / 10 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno: CESPEDES PILAR

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: ROSANA ESPINDOLA

Dirección: CHASCOMUS 670 Teléfono: 2257 6453 56

Lugar a viajar: CHAPADMAL

1. 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 corresponde)

En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica _____

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

5. ¿Tiene Obra Social? ~~(si)~~ (no) (en caso de respuesta afirmativa 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 _____

CESPEDES PILAR en MAR DE AJO
a los 27 días del mes de 10 del año _____

autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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

ESPINDOLA ROSANA

Aclaración de la Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 27/10/2022

Apellido y Nombres del Alumno ... CESPEDES PILAR

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: ... ESPINDOLA ROSANA

Dirección: CHASCORUS 670 Teléfono: 2257645356

Lugar a viajar: CHAPANALO

1. 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 corresponde)

En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica

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

5. ¿Tiene Obra Social? ~~(si)~~ (no) (en caso de respuesta afirmativa 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

CESPEDES PILAR en MAR DE AJO

a los 27 días del mes de 10 del año 2022 autorizando por la

presente (en caso de emergencia) a actuar 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

ESPINDOLA ROSANA

Aclaración de la Firma

Dirección General de Cultura y Educación

ANEXO VI
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Espindola Mauro Gonza DNI
N° 46556806, domiciliado en la calle Rico y Yunque
de la localidad de WUOLZ ATENTJE LB COSTA, que concurre al
Establecimiento Educativo N° 2 del distrito de LB COSTA a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a
realizarse en la localidad de CHARDONVAL el/los días 6, 7 y 9 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: MAN DE OJO

Fecha: 27/10/22

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Amada Gonzalez

DNI N°: 93097851
(del firmante)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD

SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 27/10/22
Apellido y Nombres del Alumno: Espindola Mauro Gonza
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Gonza Lora Romero Amanda
Dirección: Rico y Yunque Teléfono: 2257630869
Lugar a Viajar:

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 adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Espindola Mauro Gonza en

a los días del mes de del año 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: [Firma]
Aclaración de la Firma: Amada Gonzalez

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Dirección General de Cultura y Educación

ANEXO VI
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a EYRAS, AGUSTINA, DNI
N° 28528603, domiciliado en la calle Libres del Sur 550
de la localidad de Mar de Ajó, T.E. (2257)614420 que concurre al
Establecimiento Educativo N° 2 del distrito de LA COSTA a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional Jóvenes y Memoria a
realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los días 6, 7, 8 y 9 del mes de
diciembre 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: Mar de Ajó

Fecha: 01/11/22

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Firma]
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Eyras, Agustina

DNI N°: 28.528.603
(del firmante)

Teléfonos 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.

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD

SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 01/11/22

Apellido y Nombres del Alumno: Eyras, Agustina

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

Dirección: Libres del Sur 550 Teléfono: (2257)614420

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. Dejo 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 adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

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

a los..... días del mes de..... del año....., 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 [Firma]

Aclaración de la Firma: Eyras, Agustina

Dirección General de Cultura y Educación

ANEXO VI
AUTORIZACION
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Fuertes Hylén DNI
N° 45914605 domiciliado en la calle Dolores 566
de la localidad de Mar de Ajo TE 2257619712 que concurre al
Establecimiento Educativo N° EESTN°2 del distrito de La costa a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional jóvenes y memoria a
realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los días 6 a 9 del mes de
Diciembre 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: Chapadmalal

Fecha: 6/12/2022

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Valeria Sacruspanti
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: VALERIA SACRUSPANTI

DNI N° 26833887
(del firmante)

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

IF-2017-01709868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD

SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 27/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: Fuertes Hylén

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal
Sacruspanti; Betiana Valeria

Dirección: Dolores 566

Teléfono: 2257619712

Lugar a Viajar: Chapadmalal

1 ¿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 adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y
concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi
hijo/a Fuertes Hylén en Mar de Ajo

a los 27 días del mes de 10 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: Valeria Sacruspanti
Aclaración de la Firma: Valeria Sacruspanti

IF-2017-01709868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VI
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ibáñez Andrea Denisse DNI
n° 45 679 990, domiciliado en la calle La Margarita 2446
de la localidad de Nva. Atlantis T.E. 11 3739 5652 que concurre al
Establecimiento Educativo N° T2 del distrito de La Costa a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional JÓVENES y NIÑOS a
realizarse en la localidad de CHAPADMAL desde días 6, 7, 8 y 9 del mes de
AGOSTO 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 cojatos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar Chapadmalal

Fecha: 6-12-22

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: NICOLAS HUGO IBANEZ

DNI N°: 25679478
(del firmante)

Teléfonos 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.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD

SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 27/10/22
Apellido y Nombre del Alumno: Ibáñez Andrea Denisse
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Ibáñez Victor Hugo
Dirección: La Margarita 2446 Teléfono: 1137395652
Lugar a Viajar: Chapadmalal

1. ¿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 docente a cargo.

5. ¿Tiene Obra Social? ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y
concurrir con el carnet el día de la salida.

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

a los días del mes de del año, 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: NICOLAS HUGO IBANEZ

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Mari Sol Alejandra Ibarra
DNI N° 45.925.730 domiciliado en la calle Masano 1069 de la localidad de
Mar de Ajó TE. 22 57 40 4886 que concurre al Establecimiento Educa-
tivo N° 2 del distrito La Costa a participar de la Salida Educativa / Salida de Re-
presentación Institucional Chapadmalal a realizarse en
la localidad de el/los días 6, 7, 8, 9 mes de 12 del pre-
sente 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 en relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su sólo 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 atopleen las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Las 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: Chapadmalal

Fecha: 06/12/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor:

Mari Sol

DNI N°: 45.925.730

Teléfono de Urgencia (consignar varios): 2257 535114 (papá)

Quando los alumnos que participan sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los propios alumnos

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 27.10.2022

Apellido y Nombres del Alumno Maximo Ibarra

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Cesar Alejandro Ibarra

Dirección: Marzo 1069 Teléfono: 2257535114

Lugar a viajar: Cheremal

1. 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 corresponde)

En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica _____

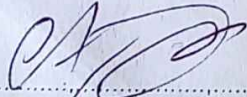
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____

5. ¿Tiene Obra Social? ~~(si)~~ (no) (en caso de respuesta afirmativa 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 Maximo

Alejandra Ibarra en Mar de Ajó

a los 27 días del mes de 10 del año 2022 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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

CESAR ALEJANDRO IBARRA
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 LISTA DYLAN FRANCO
DNI N° 4.5.9.14.704, domiciliado en la calle BLANCO ENCALADA 1850
de la localidad de MAR DE AJO Teléfono 2257 403664
que concurre al Establecimiento Educativo N° TÉCNICA 2 del
distrito DE LA COSTA a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional Proyecto BEATRIZ QUIROSA a realizarse en la
localidad de CHAPAD MALAL P.D. GRAL. PUEYREDÓN el/los
día/días 6 A 9 del mes de DICIEMBRE 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: CHAPAD MALAL, P.D. DE GENERAL PUEYREDÓN

Fecha: DE 6 A 9 DE DICIEMBRE

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Ariel E. Quiroga

DNI N°: 21.521.564

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.

TELÉFONO URGENCIA = 2257 403664 (MAR DE)
2257 52 4284 (PADRE)

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 26/10/22

Apellido y Nombres del Alumno LISTA DYLAN FRANCO

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

ELIDA HAYDÉE QUINTEROS

Dirección BLANCO ENCALADA 1850 Teléfono: 2267505285

Lugar a viajar CHAPAD MAL P.D. GENERAL PUÉYRREDON

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:

[X]
[X]
[X]

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? [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

en años días del mes de

del año 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]

ELIDA QUINTEROS

Aclaración de la Firma

Dirección General de Cultura y Educación

ANEXO VI
AUTORIZACION
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Montes Ornella DNI
N° 45.579.903 domiciliado en la calle El Ancla 180
de la localidad de Mor. de Sgo T.E. que concurre al
Establecimiento Educativo N° 11 del distrito de LA COSTA a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional Proyecto bestias vivas a
realizarse en la localidad de Chospungisi Barrio Herrero en los días 6, 7, 8 del mes de
diciembre 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: Chospungisi Barrio Herrero

Fecha: de 6, 7, 8 de diciembre

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Firma]
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Deponce maria del Carmen

DNI N°: 26 0957 99
(del firmante)

Teléfonos 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.

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD
SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 6, 7, 8 de Dic

Apellido y Nombres del Alumno: Montes Ornella

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: de la Roca Maria del Carmen

Dirección: El Ancla 180 Teléfono:

Lugar a Viajar: Chospungisi Barrio Herrero

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: Agustina Eraso y Marina Gores

5. ¿Tiene Obra Social? Sí NO (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Montes Ornella en Mar de Ajó a los 23 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: [Firma]

Aclaración de la Firma: Deponce maria del Carmen

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Pernillo Gabriela
 DNI N° 21.775.595 domiciliado en la calle 10 de Julio 2520
 de la localidad de San Bernardo Teléfono 2257 66 6914
 que concurre al Establecimiento Educativo N° EEEST N° 2 del
 distrito LA COSTA a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional a realizarse en la
 localidad de Chapadmalal el/los
 día/días 6-7-9 del mes de diciembre 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: M2 de A20Fecha: 01/11/2022

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

DNI N°: 21 775 595

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.

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 01/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno Profe Perillo Gabriela Alejandra

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

Dirección J. J. U. y 2520 - 5 BDO Teléfono: 2257-66-6914

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 12 de Mayo a los 1 días del mes de Noviembre

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

Perillo Gabriela
Aclaración de la Firma

Dirección General de Cultura y Educación

ANEXO VI
AUTORIZACION
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUIS PONCE MARTI DNI
N° 46124207 domiciliado en la calle NEWBERY 730
de la localidad de MAR DE AJÓ T.E. 1163719244 que concurre al
Establecimiento Educativo N° 2 del distrito de LA COSTA a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional ESPACIO MULTICULTURAL a
realizarse en la localidad de MAR DE AJÓ el/los días 8 del mes de
AGOSTO 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: MAR DE AJÓ

Fecha: 1/08/22

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: MARIA E. MARTI

DNI N°: 30862189
(del firmante)

Teléfonos 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.

IF-2017-01708868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD
SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 27.10.22
Apellido y Nombres del Alumno: PONCE MARTI, LUCAS
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: MARTI, MARIA
ESPAZ MA
Dirección: NEWBERY 730 Teléfono: 1163719244
Lugar a Viajar: ESPACIO MULTICULTURAL

- ¿Es alérgico? NO (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿a qué?
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos Inflamatorios ()
b) Fracturas o esguinces ()
c) Enfermedades infecto-contagiosas ()
d) Otras:
- ¿Está tomando alguna medicación? NO (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:
- ¿Tiene Obra Social? Sí (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija LUIS PONCE MARTI en MAR DE AJÓ a los 1 días del mes de AGOSTO 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:

IF-2017-01708868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 27/10/22
Apellido y Nombres del Alumno: Sanchez Pasula A.
Apellido y Nombres del Padre (Madre, Tutor o Representante Legal): Caceres Cecilia Ester
Dirección: Percepción y Librería de M... Teléfono: 1140260422
Lugar a viajar: Chapala

1. ¿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/hija
SANCHEZ PASULA A.
en MAR de 2022 a los 27 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]

CACERES Cecilia Ester
Aclaración de la Firma



Corresponde al Expediente N° 5802-170142117

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a PRISCILA A. SANCHEZ
DNI N° 45910569 domiciliado en la calle PERGAMINO ESP. LOBO DE MAR
de la localidad de MAR DE AJÓ Teléfono 227403101,
que concurre al Establecimiento Educativo N° 2 del
distrito MAR DE AJÓ a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional CHAPADMALAL a realizarse en la
localidad de CHAPADMALAL el/los
día/días 6, 7, 8 y 9 del mes de Diciembre 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: CHAPADMALAL

Fecha: 27/10/22

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

DNI N°: 30269278

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.

1140260422 - 1159255397



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Melany Tolosa Aguer
 DNI N° 40556898 domiciliado en la calle ESTENSISLAS de campo 624
 de la localidad de Mer. de rfo Teléfono 2257 696003
 que concurre al Establecimiento Educativo N° TECNIC. N° 2 del
 distrito recoleta a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la
 localidad de CHAPED MALAL el/los
 día/días 6, 7, 8 y 9 del mes de DICIEMBRE 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: Chaped Malal

Fecha: 06/12

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

N. S. Gioanni

DNI N°: 34233816

NATALIA Soledad Gioanni

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.



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 27.10.2022

Apellido y Nombres del Alumno Tolosa Melina Ayelen

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

giovanni NATALIE Soledad

Dirección ESTANCIA del campo Teléfono 2257646603

Lugar a viajar Chapatmeal

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

Tolosa Melina en 27 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

NATALIE Soledad giovanni

ANEXO VI
AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Velasquez Ana DNI
N° 45914796, domiciliado en la calle Large Newbery 1376
de la localidad de Mar de Ajó T.E. 2257584817, que concurre al
Establecimiento Educativo N° 2 del distrito de La Costa a participar de la Salida
Educativa / Salida de Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a
realizarse en la localidad de CHAPADMALIN en los días 6, 7, 8 y 9 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: MAR DE AJÓ

Fecha: 27/10/22

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Mauricio Estefano

DNI N°: 30267363
(del firmante)

Teléfonos 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.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD

SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 27/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: Velasquez Ana

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Arenalaga Estefania

Dirección: Large Newbery 1376 Teléfono: 2257584817

Lugar a Visitar: CHAPADMALIN

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 adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y
concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi
hijo/hija Velasquez Ana en Mar de Ajó
a los 27 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: [Firma]

Aclaración de la Firma: Mauricio Estefano
IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE