

# Turismo Social

Institución

FESTREY - GARDEY - TARDIL

Mes  Año

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Arreoyago Simon	46.093.405	08/07/04	Ruta 226 Km 211	2494348057	Simon
Bustamente Ivana del Valle	46.038.472	11/01/05	Sarmiento 706	2494610678	Bustamente
Daimoni Quiroz Julian	46.353.588	26/05/05	4 de Abril 651	2494210526	
Pallesco Belen Gonzalo Espinel	45.037.173	01/09/03	Calle 18 N° 825	2494607496	gonzalo
Palmieri Sofia Guadalupe	45.865.717	16/10/04	Calle 10 N° 557	2494644901	Sofia
Risolia Priscila Beatriz	46.090.940	27/05/05	Calle 12 N° 526	2494635772	
Salsamendi Sofia Marieli	46.009.846	01/11/04	Calle 12 N° 769	2494655903	Salsamendi
Telleria Cemila Lujan	45.459.900	16/08/04	Calle 6 N° 533	2494483552	Telleria
Guzmán Anshi Ariane	45.866.434	07/07/04	Base Aérea	1163323424	Anashi
Matos Federica	46.009.786	08/10/04	Calle 6 N° 678	2494288161	Federica
Nariciandi Alex Damian	46.282.896	15/03/05	Calle 19 N° 243	2494664348	
Ruiz Gerónimo	45.782.375	19/07/04	El Viejo Ceibo	2494490799	
Giménez Rafael	21.871.261	14/10/70	Pellegrini 1693	2494008834	
Villar Mariana	23682028	20/11/73	Pizzorno 254	2494510495	

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Gimenez Raquel  
Domicilio del Titular Pellegrini 1693  
Ciudad Tandil Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento DNI 2187126 Teléfono 2494008834  
Fecha de Nacimiento 14/10/70

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

- 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....
- 3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....
- 3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: .....
- Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

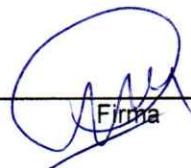
- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....
- 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....
- 4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Carlos Gimenez Teléfono: 2494585287  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 443-1783  
N° Afiliado: 2218712614/00

  
Firma

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

Lugar y Fecha: Tandil, 04/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Raquel Gomez a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: FEESTHº4

Fecha de ingreso: 30/11/22

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Raquel Gomez

Domicilio: Pellegrini 1693

Localidad: Tandil

Provincia: Bs As.

Tipo y N° doc: DNI 21871261

Teléfono: 2404008834

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/10/70

Tipo y N° documento el /la menor: \_\_\_\_\_

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido VILLAR MARIANA LAURA  
Domicilio del Titular PIZZORNO 254  
Ciudad TARDIL Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DM123682028 Teléfono 2494510495  
Fecha de Nacimiento 201173

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: S BCG: S SARAMPION: S TRIPLE: S COVID: S (3)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Aljendo Jonzob Teléfono: 154510485  
Cobertura Médica: JOMA Teléfono: .....

N° Afiliado: 27236820287/00



Firma

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Tipo y N° doc: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento el/la menor: \_\_\_\_\_

Tipo y N° documento el /la menor: \_\_\_\_\_

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: GERONIMO RUIZ  
Domicilio del Titular: SARMIENTO 706  
Ciudad: TAMDILEARAY Provincia: B.S.A.S  
Tipo y N° de Documento: 45782375 Teléfono: 2494490799  
Fecha de Nacimiento: 19704

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: todas

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SILVANA LAPPANO Teléfono: 2494282755  
Cobertura Médica: IOma Teléfono: 2494628184  
N° Afiliado: 223617809002

  
Firma

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: CARDEX 4/11/2022


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GERONIMA RUIZ a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Acosta Fabiana y Giménez Rafael, Villar M que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEEST N°4

Fecha de ingreso: 30/11/22

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: SILVANA LAFRANO

Domicilio: SANTIAGO N2706

Localidad: GARDEY

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: DNI 23 617 809

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/07/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45782375

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Telleria Camila  
Domicilio del Titular Av 13 N° 432  
Ciudad GARDEVY Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento DNI 45459900 Teléfono 2494483552  
Fecha de Nacimiento 16-8-04

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros (especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3 Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: Gastronax

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: Amígdalas

4.3 Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gimenez Nancy Teléfono: 2494593309  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: .....

N° Afiliado: 2166402368/04

Nancy de Telleria  
Firma



Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Gardey 03/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Telleria Camila a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística de Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es Rzquel Gimenez / Fabiana Acosta que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEST N°4

Fecha de ingreso: 30/11/22

Nancy  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Gimenez Nancy

Domicilio: Av 13 N°432

Localidad: Gardey

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 16640236

Teléfono: 2494593309

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/08/22

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 45459900

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALEX DAMIAN MARCIANO  
Domicilio del Titular: CAJON 10 825  
Ciudad: JANAQUI Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 46282596 Teléfono: 2494351173  
Fecha de Nacimiento: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual?   
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa:   
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas:   
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS


4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: ARTERIOESCLEROSIS  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARINA FERRER Teléfono: 4664348 (249)  
Cobertura Médica: OSCNCA Teléfono:  
N° Afiliado: 23-46282596-9

  
Firma

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: GRAN REY 4/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Alex Naranjo a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapamala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) / es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES + MCH

Fecha de ingreso: 30/11

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Tipo y N° doc: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento el/la menor: \_\_\_\_\_

Tipo y N° documento el /la menor: \_\_\_\_\_

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: LISOLLA PRISCILLA  
Domicilio del Titular: CALLE 6 Nº 33  
Ciudad: TANDIL GARDEY Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 46090940 Teléfono: 2494635772  
Fecha de Nacimiento: 27-05-05

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual?   
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa:   
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas:   
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LISOLLA ROBERTO - LISSO ANDREA Teléfono: 2494533372 - 2494485334  
Cobertura Médica: CERRERA Teléfono: 2494635772  
N° Afiliado: 46090940

  
Firma

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

Lugar y Fecha: 03-11-22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a RISOLIA PRISCILA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADNALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es MARIANA YILLAR. RAQUEL GIMENEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: TEST N°4 "José Hernandez"

Fecha de ingreso: 03-11-22

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: LISSO ANDREA BEATRIZ

Domicilio: CALLE 6 N° 533

Localidad: TANDIL

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 28799499

Teléfono: 249448534

Fecha de nacimiento el/la menor: 27/05/2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46090940

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SAISAMEADI, SOFIA  
Domicilio del Titular: EST. "A" CONSTANCIAT RUTA 226 KM 205  
Ciudad: GARDEY Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 46009846 Teléfono: 2494655903  
Fecha de Nacimiento: 01/11/04

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otros (especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual?   
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa:   
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas:   
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: complet BCG: complet SARAMPION: complet TRIPLE: complet COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Bianchi María Lujan Teléfono: 2494484162  
Cobertura Médica: Osprea Teléfono: 2494284218  
N° Afiliado: 46009846

*María Lujan Bianchi*  
Firma

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Gardel - 04/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Salsamendi Sofia a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Gimenez Roque - Mariana Villar que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E. ST N°-4

Fecha de ingreso: 30/11/22

Maria Eugenia Bianchi

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Maria Eugenia Bianchi

Domicilio: Est "La Constancia" Ruta 226

Localidad: Gardel

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 20673115

Teléfono: 24041481462

Fecha de nacimiento el/la menor: 01/11/2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46009846

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M A R T O S F E D E R A I C O  
Domicilio del Titular: C A L C E T A - 2 4 3  
Ciudad: G A R D E Y Provincia: B U E N O S A I R E S  
Tipo y N° de Documento: D N I 4 6 0 0 9 7 0 6 Teléfono: 2 4 9 4 2 8 8 1 6 1  
Fecha de Nacimiento: 0 9 / 1 0 / 0 4

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual?   
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa:   
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Sintomas:   
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: COMPLETA BCG: COMPLETA SARAMPION: COMPLETA TRIPLE: COMPLETA COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PEREYRA CARLA Teléfono: 2494 019748  
Cobertura Médica: - Teléfono: 2494 593179  
N° Afiliado: -

  
Firma  
CARLA PEREYRA



Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Gardey, 4/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MATOS FEDERICA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es VILLAL MARIANA y Giménez Rafael que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEST N° 4

Fecha de ingreso: 30/11/22

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: CARLA PEREYRA

Domicilio: CALLE 19 243

Localidad: GARDEY - TAWOIL

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI - 28669028

Teléfono: 2494019748

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/10/2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI - 46009786

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido GONZALO PEREQUI EL PALERO BELEN  
Domicilio del Titular EL VIEJO CEIBO  
Ciudad GARDEXTANDA Provincia BSAS  
Tipo y N° de Documento 45037173 Teléfono 2494 60 64 31  
Fecha de Nacimiento 19/2003

2. INFORMANTE

Titular MAMA Padre/Madre: MADRE Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? ASMA  
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* ) Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BELEN MARIA D los Angeles Teléfono: 2494 60 64 31  
Cobertura Médica: - Teléfono: 2494 24 20 39  
N° Afiliado: -

Belen  
Firma

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Gardey, 04/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gonzalo Polero a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Giménez Rafael y Acosta Fabiana, VILLAR M. que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEST N° 4

Fecha de ingreso: 30/11/22

Maria Belen  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MARIA BELEN

Domicilio: CAMPO EL VIEJO CEIBO

Localidad: Tandil Gardey.

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI 29.754.682

Teléfono: 2994.60.64.31

Fecha de nacimiento el/la menor: 1/9/2003

Tipo y N° documento el /la menor: D.N.I 45.037.173

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: S U L I A N D R I M O N I Q U I R O Z

Domicilio del Titular: 4 D E A B R I L C 5 7

Ciudad: G A R D E Y Provincia: B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento: 4 6 3 5 3 5 8 8 Teléfono: 4 4 9 3 1 0 6

Fecha de Nacimiento: 2 6 0 5 0 9

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: \_\_\_\_\_

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: S E R G I O D R I M O N I Teléfono: 2 4 9 4 0 5 2 3 2 5

Cobertura Médica: NO Teléfono: 2 4 9 3 5 5 9 8 5

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Valeria Quiroz  
Firma

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

Lugar y Fecha: GARDEY 4/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a JULIAN DRIMONI a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Acosta Fabiana y Giménez Rafael, VILLAR M. que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EESTN°4

Fecha de ingreso: 30/11/22

Valeria Quiroz  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: VALERIA QUIROZ

Domicilio: 4 DE ABRIL 651

Localidad: GARDEY

Provincia: D.S.A.S

Tipo y N° doc: DNI 26945608

Teléfono: 249 355985

Fecha de nacimiento el/la menor: 26/05/05

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46353588

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: PALMIERI SOFIA GUADALUPE  
Domicilio del Titular: 12 MOS GARDEY TANCIL  
Ciudad: GARDEY Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 45865717 Teléfono: 2494270140  
Fecha de Nacimiento: 161004

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otros(especificar): -

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? -  
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: -  
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: PENICILINA - AMOXILINA - AMOXICILINA  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: -  
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: -  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: -

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 20 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PALMIERI FRANCO Teléfono: 2494007915 (PAPA)  
Cobertura Médica: OSPE - A604 Teléfono: 2262414141 (ABUELA)  
N° Afiliado: 20 - 29047911900  
Firma:

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha:

Gerdey, 04/11/22

Señor

Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Palmieri Sofia G. a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapodmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Giménez Rafael y Acosta Fabiana, Villar M. que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EEST N° 4

Fecha de ingreso:

30/11/22

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

BOLADO PAOLA

Domicilio:

120005

Localidad:

GARDEY

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI . 27.407.580

Teléfono:

2494 2703 40

Fecha de nacimiento el/la menor:

16 DE OCTUBRE DE 2004

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI . 45.865.717.

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

ANAHEI ARIANA GUZMAN

Domicilio del Titular

AV. LEON DE PEÑEDECIA 567

Ciudad

TANQUIL

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 45866434

Teléfono

1163545828

Fecha de Nacimiento

07/07/04

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual? \_\_\_\_\_

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI

NO

Causa: \_\_\_\_\_

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (\*)

NO

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente?

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico?

SI

NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI

NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física?

SI

NO

Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas

BCG: Todas

SARAMPION: Todas

TRIPLE: Todas

COVID: Todas

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

SOTER MARIA JA

Teléfono:

1163545828

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

  
Firma



**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: Bardey 03/11/2022

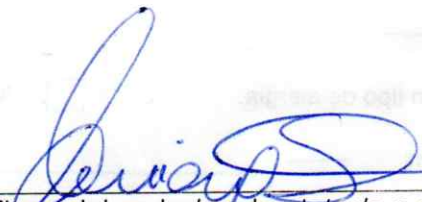
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Guaymón Luis a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Giménez Rafael y Acosta Fabiana Villar M. que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEST N° 4

Fecha de ingreso: 30/11/22

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: SOTELO MARILINA  
Domicilio: Av. Independencia 567  
Localidad: Bondil  
Provincia: Buenos Aires  
Tipo y N° doc: DNI 29383799  
Teléfono: 1163545828

Fecha de nacimiento el/la menor: 07/07/2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 29383799

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

IVANA BUSTAMANTE

Domicilio del Titular

EST: LA CALANDRIA CHICA

Ciudad

GARDEY

Provincia

BS AS

Tipo y N° de Documento

46038472DNI

Teléfono

2494525564

Fecha de Nacimiento

11/01/05

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Cual? NINGUNA

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

(\*) Síntomas:

NINGUNO

Recibe Tratamiento permanente?

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico?

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física?

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS

BCG: TODAS

SARAMPION: TODAS

TRIPLE: TODAS

COVID: TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

BUSTAMANTE ERIKA

Teléfono:

2494-656162

2494-525564

Cobertura Médica:

UNION PERSONAL

Teléfono:

N° Afiliado:

02622464016

Erika Bustamante  
Firma

**DECLARACION  
JURADA**

**Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: GARDEY 04/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a JUANA BUSTAMANTE a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADAMAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es ACOSTA FABIANA GIMENEZ RAQUEL, Villar MARIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E. ST N° 4

Fecha de ingreso: 30-11-2022

Erika Bustamante  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ERIKA BUSTAMANTE

Domicilio: EST. LA CALANDRIA CHICA

Localidad: GARDEY (TANDIL)

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI: 32646096

Teléfono: 2494525564

Fecha de nacimiento el/la menor: 11-01-2005

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 46038472

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ARRAYAGO SIMON  
Domicilio del Titular RUTA 226 KM 211  
Ciudad TANDIL Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 96093405 Teléfono 2494349057  
Fecha de Nacimiento 08/07/22

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

- 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....
- 3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....
- 3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....
- 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....
- 4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI (2)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ARRAYAGO OSUALDO MARTIN Teléfono: 2494 3480 57  
Cobertura Médica: OSPREA Teléfono: .....  
N° Afiliado: 20229875354

Simon  
Firma

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: TANZIL 9-11-22


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABRAZAGO SIMÓN a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es GIMENEZ RAQUEL MARIANA VILLAR que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. 204

Fecha de ingreso: 30-11-22

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ABRAZAGO OSVALDO MARTIN

Domicilio: AVDA 226 KM 271

Localidad: TANZIL

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 22987535

Teléfono: 2994348057

Fecha de nacimiento el/la menor: 08-07-2009

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46093405