Turismo Social

Institución

FEST FOY - GARDEY-TAMPIL

Mes Año

le registro

Firma TUCKAR BUSTOMENHE 200 SIMON 60NZNO 450848 Hbhz 2494655903 2484610678 2494635772 84084 48PE 1163323424 2494607496 249684489552 74800834 2494240526 2494288161 562012482 2494644901 2494 664348 **Feléfono** 10 Nº 557 Calle 18 Nº 825 8t95N 9 12 Nº 526 Colle 18 N=243 Sarmiento top 5.50 Jelle 12 Nº 768 6 2533 Rute 226 Km 211 Pelleprini 1693 PIZZORMO 254 S Bose Deres Domicilio El Viego 4 2 4 Bil Celle SILE alle 26 bs/os 16/10/04 27/05/05 04/01/41 10/40/to 10/th/80 11/01/05 1011110 15/03/05 40/40/81 20/11/23 01/09/03 16/08/04 Fecha de Nacimiento 40/01/80 46.038.472 46.282.896 45.865.717 46.353.588 45.034.173 45,866,434 46.093.405 45. 782375 46.009.78C Fipo y N° Documento 46.090.940 45.459.80 46.009.846 21.871261 23682028 Palmieri Sofia Guadolipe Polles o Belen Gonzalo Ezepiel Eustamante Ivana del Valle National Alex Damien Salsamend Sofia Mapali anila Lulan Risolia Riscile Beatiz Johnson Anshi Ariane Aimoni Quiróz Ulian Federica Diz Geronimo Gimenez Rapue Nombre y Apellido Jill Er Merison Arreys do Simon Mathos Telleria

RINGHAM CONTRACTOR CON
Dirección Nacional de Turismo Social
Nombre y Apellido Gi menez Raquell III
Domicilio del Titular Pellegrini 1693
Ciudad Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento DN I 2 1 8 7 1 7 6 Teléfono 2 4 9 4 0 0 8 8 3 4
leb hadigned a solution of the
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? 3.1. SI NOX Cual?
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 SI
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: TOMA Teléfono: 443-1783
N° Afiliado: 2218712614/00

		Lugar v Fecha	: Tandil, 04/11/22
Señor	Provincia (ALL)		Cluden
Ministro de Turismo	у Беропеѕ		
Programa de Turism y alimentación	o Social, que comprende y actividades di admolel, perm	e la presentación dácticas recr aneciendo desd	a participar del n de los servicios de hospedaje reativas en la Unidad e su partida hasta su regreso, delegación, Sras ./ es
que asumirán la total	responsabilidad sobre e	l cuidado de los	. soñin
Sin otro partic	cular, saludo a Ud. atenta	amente,	
Institución:	EESTH=4	fizav snugle ocen	
Fecha de ingreso:	30/11/22		RELIE J
		Firma del padí	religiadre, tutor/a o encargado/a
		Aclaración:	Rapiel Gomenez
		Domicilio:	Pelleprini 1693
	Especificar	Localidad:	Tandil
		Provincia:	Bs As.
		Tipo y N° doc:	
		Teléfono:	2404008834 MBAR
	Fecha de nacin	niento el/la meno	
	Tipo y N° docun	nento el /la meno	Nombre y Apellido

1. DATOS ab leng only and possion
Nombre y Apellido VILLAR MAKIANA LAURA
Domicilio del Titular P / 2 2 0 R N 0 2 5 4
Ciudad Provincia BUGWOS AIRES
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento 2011 73
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
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: 5: BCG: 5: SARAMPION: 5: TRIPLE: 5 COVID: 5:(3)
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Alyznotro fonzolo, Teléfono: 154510485
Cobertura Médica: FOM: Teléfono:
N° Afiliado: 27236820287/00

C-#		Lugar y Fecha:	2.31.4131
Señor Ministro de Turismo	y Deportes		
Por la prese Programa de Turism y alimentación Turística bajo la custodia	y actividades ,	prende la presentación de los didácticas recreativas permaneciendo desde su pa	en la Unidad
que asumirán la tota	l responsabilidad so	obre el cuidado de los niños.	
Sin otro partio	cular, saludo a Ud.	atentamente,	
Institución:		faaren e e	
Fecha de ingreso:		- Lian Times	
	>.	Firma del padre/madre	e, tutor/a o encargado/a
		Aclaración:	FUT ISS
		Domicilio:	
	. Tenting .	Localidad:	ation obinevielni quit
		Provincia:	returnia alguna brusanin
		Tipo y N° doc:	Ag yindirai Cantilah da Dogi
		Teléfono:	- 208 mg / M
		nacimiento el/la menor:	OR EMERGENCIA COMPARI

1. DATOS		
Nombre y A	pellido 6 @ RONINO ROIZ	
Domicilio de	el Titular SARMIQN TO 706	
Ciudad	TANDILE ARDRY Province	ia B.s. A.S.
Tipo y N° de	e Documento y 5 7 8 2 3 7 5 Teléfor	10 2494490799
	Fe and a dissemblacion de los servicios de traspedente	cha de Nacimiento 1910 4
2. INFORMA Titula		ecificar):
3. ANTECEI 3.1.	DENTES Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamient	o o control médico?
•	atro-automa bi	
3.2.	Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI	NO N
3.3.	Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO	Focus de logistique
	(*) Síntomas:	4
	Recibe Tratamiento permanente? SI NO	
4. TRATAMI	IENTOS Recibe tratamiento médico? SI NOX	
7.1.	Especificar:	
4.2.	Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Esp	ecificar:
4.3.	Presenta alguna limitación física?	l:
5. VACUNA	S (Indicar Cantidad de Dosis)	
SABI	N: todas BCG: todas SARAMPION: todas	TRIPLE: todas COVID: tabas
EN CASO D	DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	artoe-1
Nombre y A	pellido: SIYANA LAPPANO	Teléfono: 7494 28 27 55
Cobertura M	lédica: 10 ma	Teléfono: 7494 62 81 84
N° Afiliado:	223617809007	Firma

	Lugar y Fecha:	GARDEX 4/1/202
Señor Ministro de Turismo y Deportes		Talkia II
Turística Chahad ma lal , perma	la presentación d dácticas recrea aneciendo desde s ntes de la nez la la	e los servicios de hospedaje tivas en la Unidad su partida hasta su regreso, delegación, Sras / es
Sin otro particular, saludo a Ud. atenta	mente,	
Institución: EESTNº4	Jan mela sente	
Fecha de ingreso: 30/11/22) Hyo	
	Firma del padre/	madre, tutor/a o encargado/a
	Aclaración:	SILVANA LACCAND
	Domicilio:	SARTIENTO NETOL
	Localidad:	GARDEY
	Provincia:	BSAS
	Tipo y N° doc:	DNI 23 617809
	Teléfono:	
Fecha de nacir	niento el/la menor:	19/07/2004
Tipo y N° docun	nento el /la menor:	45782375

1. DATOS	Ciracción Muca estas
Nombre y Apellido Telleria Camil	
Domicilio del Titular A V \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
Ciudad GARDEV Pro	ovincia Buenos Alres
Tipo y N° de Documento D N 1 4 5 4 5 9 9 0 0 Te	eléfono 2494483552
eb significant a company distribution	Fecha de Nacimiento
preción, la prisecrión de los con con con los contrates	INOS CALL PRISEDE DITESTAL DE SERSE ESTA
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
ANTECEDENTES 3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratan	
SI NO Cual?	bU é obulsa salubiting ano ma
	SI NO
Causa:	TA TS STATE CONSTRUCTION
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO	
(*) Síntomas:	
Recibe Tratamiento permanente? SI NO	
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI X NO	
Especificar: Gastrama x	
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO	Especificar: Amiordalas
	Cuál:
5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	
SABIN: todas BCG: todas SARAMPION: todas	TRIPLE: 10 dos COVID: 2
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
Nombre y Apellido: Gimenez Nancy	Teléfono: <u>2494593309</u>
Cobertura Médica: 10 M A	Teléfono:
N° Afiliado: 2166402368/04	a) a Long
	Firma

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 Telleria Camilla a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje alimentación actividades didácticas recreativas Unidad _, permaneciendo desde su partida hasta su regreso. Turística de Hebed melel. custodia los acompañantes de de la delegación, Sras / LADIANA ACOSTE Comener que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños. Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente, Institución: Fecha de ingreso: padre/madre, tutor/a o encargado/a Aclaración: Gimenez Mana Domicilio: Localidad: Provincia: Buenos Aires Tipo y N° doc: DNI 16640236 2494593309 Teléfono: Fecha de nacimiento el/la menor: 16/08/22

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

oterización elaje	Ministerio de Tarlemo v
1. DATOS	Deportes de la Macion Dirección Nacional de
Nombre y Apellido	C AND
Domicilio del Titular	
Ciudad TANATI Provincia	9 7 9 5
Tipo y N° de Documento 4 6 2 8 2 5 9 6 Teléfond	2494351173
	ha de Nacimiento
commenda la presentación de los commendo de los commendos de los commendos de los commendos de los commendos de	Problems III I I I I I I I I I I I I I I I I I
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(espec	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR
ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento	o control médico?
SI NO Cual? etnematnets bU	
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI] NO 🔽
Causa:	indipoliter)
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 Espe	cificar: Arma Giris
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:	
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	
	TRIPLE: COVID: 1
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
Nombre y Apellido: Marital Fara	Teléfono: 4664348 (249)
Cobertura Médica: OS (Nata	Teléfono:
N° Afiliado: 23 - 46282896 - 9	
	Firma

DECLARACION JURADA Autorización viale

Autorización viaje menores

		Lugar y Fecha:	145 Nev 4/11/2	2022
Señor Ministro de Turismo	y Deportes			
			×] - j j johnson	
Programa de Turism	pern	le la presentación de l idácticas recreativa naneciendo desde su	as en la Un	daje idad eso,
que asumirán la tota	l responsabilidad sobre	el cuidado de los niños	6.5 alguna enfermadad qua	
Sin otro partic	cular, saludo a Ud. atent	amente,		
	Now Dis			
Institución:	EEST NEW	ALC: OWNERS OF THE PARTY OF THE		
Fecha de ingreso:	30 (N	Дои Пив		
		Firma del padre/ma	adre, tutor/a o encarga	do/a
		Aclaración:	oe (vaterniento médico)	TRATAMIENTO
		Domicilio:	100010	equil.
	леоповет.	Localidad:	a ngruphy abinovastní obi	a AH S.A
	7800	Provincia:	enta alguna limitación fisi	earil Little
)	Tipo y N° doc:	our Cantided de Cosia)	VACUNAS IIndi
	SUPIRE	Teléfono:	-08	KABIN
	Fecha de nac	imiento el/la menor:	ERGENCIA COMUNICAR	MEBE CRAS
	Tipo y N° docu	umento el /la menor:	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	nore y Apelido

1. DATOS
Nombre y Apellido
Domicilio del Titular CACCE6N9533
Ciudad TANDILLEGARDEY Provincia BUENOSALRES
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 X Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO (X) (*) Síntomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO (X)
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 NOX Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 1
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nambre y Apellido: NISOÚA ROBERTO - RISSO ANDREA Teléfono: 2494533372 - 2494485334
Cobertura Médica: CSPRETA Teléfono: 2494 635772
N° Afiliado: 46090940 Firma

		Lugar y Fecha:	03-41-12	
S <mark>eñor</mark> Ministro de Turismo y	Denortes			
viillistio de Tulisillo y	Deportes			
Programa de Turismo y alimentación Turística <u>(AAPAD</u> pajo la custodia	yeve, perma	e la presentación d dácticas recrea aneciendo desde ntes de la	de los servicios de ativas en la su partida hasta s delegación, Sras	hospedaje Unidad su regreso,
Sin otro partic	ular, saludo a Ud. atenta	mente,		
nstitución:	FEST NEY "José	Memandez		
Fecha de ingreso:	03-41-22		100	PED 0
		Ou	Oute	
	**		madre, tutor/a o er	ncargado/a
		Aclaración:	associal occin	PEATRIC
		Domicilio:	CALLE 6 19 S	33
		Localidad:	JIGUAT	man oblinari. Ku
		Provincia:	BUENOS AIR	US .
		Tipo y N° doc:	18799499	INCUPATE (INDICENTURA
	F Benni	Teléfono:	2494 485334	LO . MELE
	Fecha de nacin	niento el/la menor	17/05/2005	MBORBING . PAO
	Tipo y N° docum	nento el /la menor	46090940	ETD Spilos, narge
22				
1 4 Qu				

1. DATOS	Osponés de la Pación
Nombre y Apellido Sallsame adi so	41 CM
Domicilio del Titular ESTIVACONSTANCI	1 AT RUTA 226 KM 205
Ciudad 6 A R D E 4	Provincia QUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento	Teléfono 244655903
	Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otro	os(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente trata	amiento o control médico?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? Causa:	SI NO K
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO (*) NO (*) Síntomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO	Ferna da Bayer - August - Augu
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO NO SESPECIFICATE	
 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO № 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO № 	Especificar: Cuál:
SABIN: Complet BCG: COMPLET SARAMPION: COMPLET	et TRIPLE: complet COVID: 2
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	Jane - T
Nombre y Apellido: Branch Mania Lucan	Teléfono: 2904481462
Cobertura Médica: OSQUEIO	Teléfono: 2494284818
N° Afiliado: 46.009.846	Mario Lugain Bio mal

Señor Ministro de Turismo	y Deportes	Lugar y Fecha	: Garday - otilee122
y alimentación Turística Chapad bajo la custodia Giorecez Roque	y actividades comprendiction of the second control of the second c	de la presentación lidácticas recr naneciendo desd iantes de la	a participar del de los servicios de hospedaje de los servicios de hospedaje de los de los de los de los de los delegación, Sras ./ es niños.
Sin otro partic	cular, saludo a Ud. atent	amente,	
Institución:	E.E. ST NO-4		
Fecha de ingreso:	30/11/22	EN CON	
		Firma del padr	Rugam Bianoli e/madre, tutor/a o encargado/a
		Aclaración:	Manalyen Dioveni
		Domicilio:	Est" La careforcia (1 ecta 226
		Localidad:	Gardey
		Provincia:	Buens Aires
		Tipo y N° doc:	DN1 20643115
		Teléfono:	2494481462
	Fecha de nacir	miento el/la meno	r: _01/11/2004
	Tipo y N° docur	mento el /la meno	1: DOI (16000 BK16

1. DATOS	at Pare raid not seemble
Nombre y Apellido MAPOS FEDERICO	
Domicilio del Titular CALCEI 9 - 243	
Ciudad GARDEY Pro	vincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento	éfono 2 4 9 4 2 8 8 1 6 1
e ambantas del	Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: X Otros(e	especificar):
ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratam	niento o control médico?
SI NO Cual?	
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?	SI NOX
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 X	
Especificar:	
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO X	Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO	Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	2
SABIN: COMPUSIA BCG: COMPUSIA SARAMPION: COMPUSI	TRIPLE: COMPLETA COVID: 3
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
Nombre y Apellido: PEREY PA CALLA	Teléfono: 2444 019748
Cobertura Médica: N° Afiliado:	Teléfono: <u>Z494 593479</u> Firma
	Strima CHRIA PEREJEA

		Lugar y Fecha:	Gardey, 4/11/22
Señor Ministro de Turismo y	Deportes		To The Late of Manager
Programa de Turismo y alimentación Turística <u>Chap</u> bajo la custodia	y actividades did <u>ターカライン/</u> , perma	la presentación de decticas recreameciendo desde ntes de la	de los servicios de hospedaje ativas en la Unidad su partida hasta su regreso, delegación, Sras ./ es
Sin otro partic	ular, saludo a Ud. atental	mente,	
Institución:	EESTN-4	e ingligation significant	
Fecha de ingreso:	22 11 08		lastes
		Firma del padre	/madre, tutor/a o encargado/a
		Aclaración:	CARLY PEREVIA
		Domicilio:	CALLE 19 243
		Localidad:	GAROEY - TAMOIL
		Provincia:	Burnos Aires
		Tipo y N° doc:	DNI - 28669828
		Teléfono:	2494019748
	Fecha de nacin	niento el/la menoi	: 08/10/2004
	Tipo y N° docum	nento el /la menor	DNI-46009 786

1. DATOS
Nombre y Apellido
Domicilio del Titular E L VI E 30 C E I BO
Ciudad GARDEYHARAIL Provincia BSAS
Tipo y N° de Documento 45037773 Teléfono 243466631
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 SI NO Cual? ASMA. BROWNER BY BOUNE BOUNE BOUNE BY
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
Causa
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO NO
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO 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 las Appeles Teléfono: 2494 60.64.31
Cobertura Médica: — Teléfono: 2494 24 20_39
N° Afiliado:

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

Señor Ministro de Turismo y Deportes Por la presente autorizo a mi hijo/a 600720 Pollezo a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje didácticas recreativas actividades alimentación ___, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, Turística Chabadmalal delegación, Sras bajo la acompañantes de custodla de los Acosta Fabiona, VILLAR 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: 5.101 45 034/43

1. DATOS	Reported de la Nacion
Nombre y Apellido 5 U L I A N D R I 17 0 N	I QUIROZ
Domicilio del Titular 4 DEABRIL 657	
Ciudad GAZDE7	Provincia & UENOS 41RES
Tipo y N° de Documento 4 6 3 5 3 5 8 8	Teléfono 4493106
	Fecha de Nacimiento 2 6 0 5 0 5
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otro	os(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tra	
SI NO Cual? 3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? Causa:	SI NO
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO (*) Síntomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO	Fochs de Ingreso.
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO SI NO SI SI NO SI SI NO SI SI SI NO SI SI SI SI NO SI	
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: 5 BCG: 5 SARAMPION: 5	TRIPLE: 51 COVID: 51
onoleis i	
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	249 hoc2 320
Nombre y Apellido: SERGIO DRINONI	Teléfono: 249 4052325
Cobertura Médica: V O	Teléfono: 249355985
N° Afiliado:	Valoria Queroz

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

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 actividades didácticas recreativas alimentación __, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, 12 bacmalel Sras de delegación, acompañantes la custodia de los y Gimeher Kapuel 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: DN1 26145608 Tipo y N° doc: Teléfono: Fecha de nacimiento el/la menor: Tipo y N° documento el /la menor: D N I

1. DATOS	
Nombre y Ap	PALHIERI SOFIA GUADALUPE
Domicilio del	Titular 12 5 GARDEY TANOIC
Ciudad	GAROEY Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de	Documento DN = 45865717 Teléfono 2494270140
	Fecha de Nacimiento
2. INFORMA Titula	Charles asificant.
3. ANTECEI . 3.1.	DENTES Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
	SI NO Cual? — Blogmenede pU a orulas relocates end as
3.2.	Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
	Causa:
3.3.	Tiene algún tipo de alergia: SI (*) 🔀 NO
	(*) Sintomas: PENICICINA - AHOXICIONA - AHOXICICINA
	Recibe Tratamiento permanente? SI NO 🔀
4. TRATAMI 4.1.	ENTOS Recibe tratamiento médico? SI NO X
	Especificar:
4.2.	Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3.	Presenta alguna limitación física? SI NO X Cuál:
5. VACUNA	S (Indicar Cantidad de Dosis)
SABI	N: took BCG: to DAS SARAMPION: to DAS TRIPLE: to DAS COVID: 200015-
EN CASO D	E EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y A	pellido: PALMIZEI FRANCO Teléfono: 249 400 7915 (PARA)
Cobertura N	lédica: OSPE - A 604 Teléfono: 2862 41 4141 (ABJELA)
N° Afiliado:	20.29047911900 Firma Polodo

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

Señor Ministro de Turismo y Deportes Por la presente autorizo a mi hijo/a Harmieri Sacia . G. _ a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje recreativas didácticas actividades alimentación Chapadmalal , permaneciendo desde su partida hasta su regreso, los acompañantes de la delegación Acosp Fabiana, VIII en delegación, Sras custodia de bajo la que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños. Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente, Institución: Fecha de ingreso: o encargado/a Firma del padre/mag Aclaración BOLADO Domicilio: 19 0005 GARDEL Localidad: Provincia: BUENOS AIRES DAT . 24.404.580 Tipo y N° doc: Teléfono: 2494 2401 40 Fecha de nacimiento el/la menor: 16 DE octobres 63 2004 Tipo y N° documento el /la menor: DDI . 45 . 865 . 714 .

Polynomia de la companya de la contracción
1. DATOS
Nombre y Apellido
Domicilio del Titular AVITA DE PERUPERA S 6 7
Ciudad Provincia Provincia
Tipo y N° de Documento DATI 45 86 6484 Teléfono 763 45 98
Fecha de Nacimiento
epinagen of a usungs on de noisch ung stephyt, and dugte of basics of basics of the street of the st
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?
Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO NO
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
San Caraca Anna and Caraca Car
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO X 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: 50TEB MA RIA DA Teléfono: 1163545828
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:
Firma

		ugar v Fecha:	Corner	03/11/2022
Turística Chapadma bajo la custodia de	rtes orizo a mi hijo/a al, que comprende la actividades didá al, perman los acompañant	a presentación o cticas recrea eciendo desde la Fabrar	de los servicios ativas en su partida has delegación,	la Unidad ta su regreso, Sras ./ es
Sin otro particular, s	aludo a Ud. atentam	ente,		
Institución: E	EST Nº 4	i Brown Sharibin		
Fecha de ingreso: 36	0/11/22	Fisma del padre	/madre, tutor/a	o encargado/a
		Aclaración:	SOTEL	MARIDA
		Domicilio:	AUTTO	beprolema p xo
	Adding Exercise	Localidad:	Tond	lil
		Provincia:	Blens	Dires
		Tipo y N° doc:	DUI 21	0383799
		Teléfono:	11635	45828
	Fecha de nacimi			29383799

Opported do la 1.6-166
I DATOS
Nombre y Apellido IVANA GUSTANANTE
Domicilio del Titular EST: LA CALANO FIA CHICA
Provincia BS AS
Ciudad Teléfono Z494525564
Tipo y N° de Documento 4603899705
a se de 1 i em m. Samail, num ontre cenda la prese "tación de los serva os de hispade, a
2 INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? NINGUNA
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
Causa
SI (*) NO
NINGUNO
ENDERGONA O ENGLE ALDERMOIDES AND
Recibe Tratamiento permanente? SI NO S
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO S Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis) SABIN: TODAS BCG: TOTAS SARAMPION: TOTAS TRIPLE: TOTAS COVID: TOTAS
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: 8057849NTE ERIKA Teléfono: 2494-525564
Cobertura Médica: UNION PERSONAL Teléfono:
Nº Afiliado: 026224640 No. Firma

	r *		The second second second
		Lugar y Fecha:	CHEDER ON MISOSS
Señor Ministro de Turismo	y Deportes		
Programa de Turism y alimentación Turística <u>CHAP</u> bajo la custodia	no Social, que comprende y actividades dic <u>ADAMAC</u> , perma a de los acompaña	la presentación descricas recreameciendo desde ntes de la	a participar del de los servicios de hospedaje ativas en la Unidad su partida hasta su regreso, delegación, Sras / es **MALIANT** iños.**
Sin otro parti	cular, saludo a Ud. atenta		
Institución:	E.E.STN°4	Type on pla diam	
Fecha de ingreso:	30-M-2022		Harris and the second second
			Buttonu wte /madre, tutor/a o encargado/a
		Aclaración:	ERIKA BUSTAMANTE
		Domicilio:	EST. LA COLONDINA CHICA
		Localidad:	Gordey (TANdil)
		Provincia:	BS . AS
		Tipo y N° doc:	DNI: 32646096
	ac supur	Teléfono:	2494525564
	40 mm		r: <u>11-01-2005</u> r: DNI 46038472
	i po y it docui		

Firma

1. DATOS	Dirección Nacional de
Nombre y Apellido	ARRAGOSIMON
Domicilio del Titula	BUTA 226 KM 211
Ciudad	TANDIL Provincia BUENOSAURES
Tipo y N° de Docu	mento DN146093405 Teléfono 2499344057
	Fecha de Nacimiento OS/OF/22
2. INFORMANTE Titular	On the State of the Solitation
3. ANTECEDENTE - 3.1. Tiene SI	ES e alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? NO Cual?
3.2. Dura	nte los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO NO
(*) Si	e algún tipo de alergia: SI (*) NO
Espe	be tratamiento médico? SI NO NO OCCIDENTAL NO NO OCCIDENTAL NO OCCIDENTA
	enta alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indi	car Cantidad de Dosis)
SABIN:	SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI (2)
EN CASO DE EMI	ERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido	ARRAGAGO OSUALDO MARTÍN Teléfono: 2494 3480 57
	OSPBERA Teléfono:
N° Afiliado: 2022	5000 Sund

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

		Lugar y Fecha:	JAN216 9-11-22	eti gilin
Señor Ministro de Turismo	y Deportes			- 11
Programa de Turisn y alimentación Turística CHAPAD bajo la custodia GINEWET BAGU	no Social, que comprend y actividades d MALAL , perr a de los acompar d	de la presentación lidácticas recrenanceiendo desde la ULLAR	a participar del de los servicios de hospedaje eativas en la Unidad e su partida hasta su regreso, delegación, Sras ./ es	
que asumiran la tota	l responsabilidad sobre	ei cuidado de ios r	oentes sonic	
Sin otro parti	cular, saludo a Ud. atent	amente,	SI NO No	
Institución:	EEST NOY	fixed alguna vez?	Durante los últimos 3 años fue inte	
Fecha de ingreso:	30-11-22	TOTON TO 17		
			Pasmoine ()	
		Firma del padre	e/madre, tutor/a o encargado/a	
		Aclaración: /	ARRASAGO OSUALDO MAI	ZTW
		Domicilio:	hura 276 km 771	
	Especificar	Localidad:	TANDIL	
		Provincia:	BUENOS AIRES	
8		Tipo y N° doc:	DN1 22987535	
		Teléfono:	2999348057	
	Fecha de naci	miento el/la menor	1: 08-67-2009 BINES	

Tipo y N° documento el /la menor: 2N/ 46 093405