

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido NAHUEL EZEQUIEL JUGO
Domicilio del Titular 4 DE SEPTIEMBRE 2626
Ciudad HURLINGHAM Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento DNI 46106915 Teléfono 1170018115
Fecha de Nacimiento 29/8/2004

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: APENDICITIS

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SABRINA NOELIA BROWN Teléfono: 11-5160-7891

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 11-7102-6643

N° Afiliado: _____

(MAMA)
(PAPA)
[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LOURDES VICTORIA ALTAMIRANO
Domicilio del Titular VILLEGAS 2533
Ciudad AURLINGHAM Provincia BASAS
Tipo y N° de Documento DNI 546733036 Teléfono 1165592172
Fecha de Nacimiento 03/06/05

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? TIROIDES y CELIAQUIA
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: ENDOCRINOLOGIA Y GASTROENTEROLOGO
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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA V. MARTINEZ Teléfono: 1165592172
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

Maria V. Martínez
Firma

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 25 de Oct. de 2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALTAMIRANO LOURDES 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 Prof. OVIDO, RODOLFO y Profe. GLADYS ESQUIVEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EE.S. N° 19.
JUANA AZURDUY
Fecha de ingreso: 28/11/2022

Martinez Maria Victoria
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a
MARTINEZ MARIA VICTORIA
Aclaración: VILLEGAS 2533
Domicilio:
Localidad: AURLINGHAM
Provincia: BS. AS.
Tipo y N° doc: DNI 30576490
1165592172
Teléfono:
Fecha de nacimiento el/la menor: 03 de Junio de 2005
Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.733.036

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

TABATNA ZARREYD

Domicilio del Titular

ARRIBEROS 2370

Ciudad

AJOLINOHAN

Provincia

Buenos Aires

Tipo y N° de Documento

47556920

Teléfono

1121800821

Fecha de Nacimiento

050806

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: 4

BCG: 1

SARAMPION: 1

TRIPLE: —

COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Andrea Magayan

Teléfono:

1134338167

Cobertura Médica:

Teléfono:

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 25-10-2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BARDELO TABATHA 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, Sr^s / es Rodolfo Oviedo y Gladys Esquivel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Esc. Sec. N° 19

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: Marylen Arce

Domicilio: Aceites 2378

Localidad: Huacincham

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: DNI 30413.25C

Teléfono: 1134338167

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/08/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47556920 DNI

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 25-10-2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BARREIRO TIZIANA 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 Prof. Rodolfo Oriedo - Prece Gladys Esquivel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Esc. Sec. N° 19

Fecha de ingreso: 28/11/2022

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

Aclaración: Mapyán Andrea

Domicilio: Aribuenos 2378

Localidad: Huellinham

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 30.413.258

Teléfono: 1134338167

Fecha de nacimiento el/la menor: 15/08/2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46.747.899 DNI

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: TRICIANA BARREIRO
Domicilio del Titular: AV. DE LOS 2378
Ciudad: WOLFRABAHN Provincia: Buenos Aires
Tipo y N° de Documento: 46747899 Teléfono: 1134338162
Fecha de Nacimiento: 150805

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: 4 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: — COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Magaña Andrea Teléfono: 1134338167

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

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: HURLINGHAM 26/10/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a ORTIZ GUSTAVO SEBASTIAN 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 PROF: OBIEDO RODOLFO y PROF: GLADYS ESQUIVEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.S. N° 19, JUANA AZURDOY

Fecha de ingreso: 28/11/22

Florencia Gomez

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

Aclaración: FLORENCIA GOMEZ

Domicilio: ALBANIA 2384

Localidad: HURLINGHAM

Provincia: BS. AR

Tipo y N° doc: DNI: 34930 622

Teléfono: 1162391071

Fecha de nacimiento el/la menor: 07/11/2003

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47 054 250

N° AFILIADO

Florencia Gomez
FIRMA.

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: GUSTAVO SEBASTIAN CERTEZ
Domicilio del Titular: ALBANI 42384
Ciudad: HURLINGHAM Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 47054250 Teléfono: 1162391021
Fecha de Nacimiento: 07/11/05

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: 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: OPERACION DE APENDICE (YA RECUPERADO DIOS DE ALTA)

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: OPERACION APENDICE

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 3 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FLORENCIA BOTER Teléfono: 1162391021

Cobertura Médica: NO Teléfono: -

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: _____

Por la presente autorizo a mi hijo/a PEREZ 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 CHAPADMALAI, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es PROFE- OVIEDO ROSALFO PEREZ GLADYS ESQUIVEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 19 JUANA AZURDUY

Fecha de ingreso: 28/11/2022


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

Aclaración: PEREZ

Domicilio: BUSTAMANTE y Pca

Localidad: Hurlingham.

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: D.N.I. = 27276859

Teléfono: 1558766944.

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/08/2005

Tipo y N° documento el /la menor: Dni 46902723

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: G A N I L I A J A S M I N P E R E Z
Domicilio del Titular: B U S T A M A N T E 3 3 3 8 P L A N E S Y V I L L A G A S
Ciudad: H U R L I N G H A M Provincia: B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento: 4 6 9 0 2 7 2 3 Teléfono: 1 1 6 1 3 7 4 9 2 1
Fecha de Nacimiento: 0 9 0 8 0 5

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: D A I M A P o l d e r y Teléfono: 1161374921

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

Polder
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CABALLERO CAMILA
Domicilio del Titular: BUSTRAMANTE 3327
Ciudad: HURLER 06490 Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 46200730 Teléfono: 1165679971
Fecha de Nacimiento: 12/11/2001

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? NO

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: 3 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FLAVIA BUESJA

Cobertura Médica:

N° Afiliado:

Teléfono: 1166209825 (MAMA)

Teléfono: 1165087385 (HDA)

Desy Dones

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: Chapadmalal 27/11/2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a CABALLERO 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 Chapadmalal, 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 N° 19

Fecha de ingreso: 27-11-22

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

Aclaración: Buesje F. Lorenz

Domicilio: POSTALANTE 3333

Localidad: HORLIDGRAM

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 25219990

Teléfono: 1164766732

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/11/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 46.200.750

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: JACQUELINE SALINAS
Domicilio del Titular: MALASPINA 49091
Ciudad: MONTINGHAH Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 4661735H Teléfono: 1169561481
Fecha de Nacimiento: 23/08/2004

2. INFORMANTE

Titular: MAMA Padre/Madre: MAMA Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? NO

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: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROXANA PORTELA Teléfono: 11 59 64 21 97

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 11 68 55 85 77

Prof. Afiliado: _____

Roxana P
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CHAPADMALA; 22/11/22


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Jacqueline Salinas 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 CHAPADMALA, 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: E.ESN° 19

Fecha de ingreso: 27-11-22


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

Aclaración: ROXANA FORTELA

Domicilio: NOLASQUINA 2997

Localidad: Hurlingham

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 94557614

Teléfono: 1159642197

Fecha de nacimiento el/la menor: 23-08-2004

Tipo y N° documento el /la menor: 46021331

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: 27/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Luz Aileen Corcia 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. Srta. 1 es profesora Rodolfo Oviedo Profesora Galadys Esquivel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: Escuela Secundaria N° 19

Fecha de ingreso: 28/11/2022

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

Aclaración: Gabriela Taca

Domicilio: Acorite 2789

Localidad: Hochmann

Provincia: Bs. As

Tipo y N° doc: D.N.I. 20.104.451

Teléfono: 11-2353-1984

Fecha de nacimiento el/la menor: 27/06/2006

Tipo y N° documento el/la menor: D.N.I. 47.431.505

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS

Nombre y Apellido: LUZ AILEEN GARCIA

Domicilio del Titular: ACOTTE 2769

Ciudad: HUQUILLINGUA Provincia: 35 AS

Tipo y N° de Documento: DN 347451503 Teléfono: 1123531984

Fecha de Nacimiento: 270606

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 Cual: _____

5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)


SABIN _____ BCG _____ SARAMPION _____ TRIPLE _____ COVID 3

6 EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Abertura Médica: _____ Teléfono: _____

Afiliado: _____

 Gianella, Jacar
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Marcelo Mauricio Perrotta

Domicilio del Titular Stephan Zweig 2431

Ciudad Villa Tesei Provincia Buenos Aires

Tipo y N° de Documento DNI 20881737 Teléfono 1133949919

Fecha de Nacimiento 060669

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: estornudos

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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:

Ana D'Angelo

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: Isoma Teléfono: _____

N° Afiliado: 1,20882E+11

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad

Provincia

Tipo y N° de Documento

Teléfono

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: _____

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:

Arguello Beatriz

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: 1167194062

Cobertura Médica: loja Teléfono: _____

N° Afiliado: 1,20882E+11

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIA FLORENA CIVALES

Domicilio del Titular: PARQUES DE JULIO 2210

Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 76 90 731 Trámite: INSTRUMENTO

Fecha de nacimiento: 1906-09-11 Septiembre 2005

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre MADRE Otros/Especialist(a) _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Causa: _____

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 Causa: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

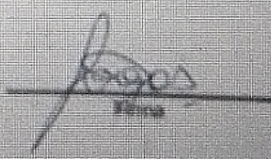
SABIN _____ BCG _____ SARAMPION _____ TRIPLE _____ COVID: 

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DR. DANIEL CIVADA Teléfono: 11 5857 0170

Cobertura Médica: ATP Teléfono: 11 5857 0170

N° Afiliado: ✓


Firma

Deportes de la
Nación Dirección
Nacional de
Turismo Social

Lugar y
Fecha:

MAR DEL PLATA, CHAPADMAL
27/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a
CHAUSSACRELLA MALE 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 CHAPADMAL, permaneciendo desde su
partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de
la delegación. Sr/s RODRIGO OLIVERA
que asumirán la total responsabilidad sobre el
cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: COLEGIO JUAN AZURDUY 27
Fecha de
Ingreso: 27 de noviembre al 30

Firma del padre/madre, tutoría o
encargado/a

Aclaración: CONCERNIDA

Domicilio: BARQUES DE AÑES 2210

Localidad: HURLINGHAM

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 46902781

Teléfono: 11527070

Fecha de nacimiento el/a

menor: 2005 del 23 de septiembre

Tpo y N° documento el/a

menor: 76902781

Institución

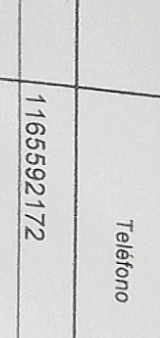
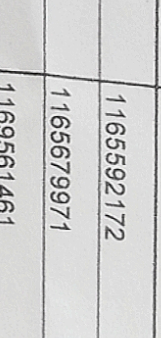
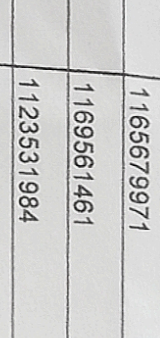
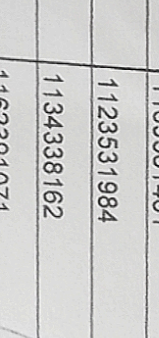
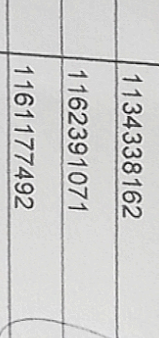
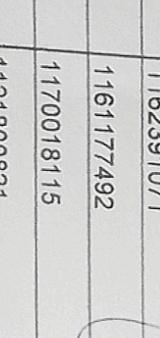
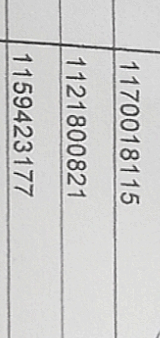
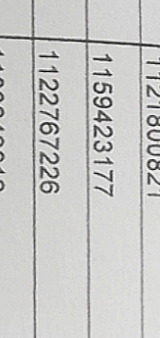
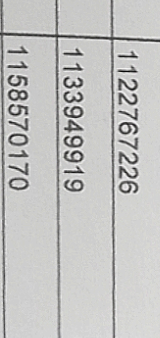
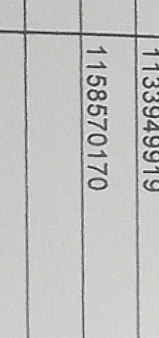
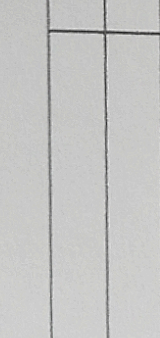
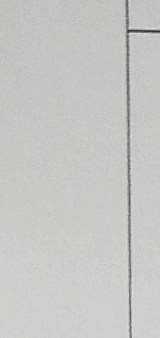
Escuela secundaria N° 19

Juana Azurduy

Mes 1 1

Año 2 2

N° de registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Lourdes Altamirano	46733036	3/6/2005	Villegas 2533	1165592172	
Camila Caballero	46200750	12/11/2004	bustamante 3327	1165679971	
Salinas Lucia	46021331	23/08/2004	Malaspina 2991	1169561461	
Luz Garcia	47431505	27/6/2006	Acocyte 2789	1123531984	
Tiziana Barreyro	46.747.899	15/8/2005	Arribeños 2378	1134338162	
Sebastian Ortiz	47.054.250	7/11/2005	Albania 2384	1162391071	
Camila Perez	46.902.723	9/8/2005	Bustamante 3338	1161177492	
Nahuel Jugo	46.106.915	29/8/2004	4 de septiembre 2626	1170018115	
Tabatha Barreyro	47.556.920	5/8/2006	Arribeños 2378	1121800821	
Rodolfo Oviedo	26997582	12/11/1979	Tokio 2760	1159423177	
Gladys Esquivel	21675602	11/7/1974	Gibraltad 2405	1122767226	
Marcelo Perrotta	20881737	6/6/1969	Stephan Zwielig 2431	1133949919	
Maia Chaves	46.902.781	23/9/2005	Marquéz de Avilés 2210	1158570170	