1. DATOS	
Nombre y Apellido	MAHUEL EZEQUIEL JUGO
Domicilio del Titular	4 DE SEPTIEMBRE 2626
Ciudad	HURLINGHAM Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento	DNI: 46/106915 Teléfono 11/7/00/18/1/15
	Fecha de Nacimiento 29/8/200 4
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):
	na enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? O
3.2. Durante los	s últimos 3 años fue internado alguna vez?
Causa:	MENDICITIS
3.3. Tiene algú	n tipo de alergia: SI (*) NO X
(*) Síntoma	as:
Recibe Tra	atamiento permanente? SI NO X
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tra	tamiento médico?
Especifica	г
4.2. Ha sido int	tervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta a	alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar C	antidad de Dosis)
SABIN: 1	BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 2 DOS
EN CASO DE EMERGE	NCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: SA	BRINA NOELIA BROWN Teléfono: 11-5160-7891
Cobertura Médica:	Teléfono: 11-7102-6647 (RAPA
N° Afiliado:	(PAPA"
	Firma

1. DATOS		
Nombre y Apellido	LIOURIDES WICHORIA ALTAMIRANO	
Domicilio del Titular	VICUEIGIAIS 12833	
Ciudad	AURLINGHAM Provincia BSAS	
Tipo y N° de Documento	DNI46733036. Teléfono 1165572172	
	Fecha de Nacimiento 030605	
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):	
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna	enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?	
	Cual? TIROIDES Y CELIAQUIA	
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?		
Causa:		
3.3. Tiene algún t	ipo de alergia: SI (*) NO 🔀	
(*) Sintomas:		
Recibe Trata	miento permanente? SI NO X	
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratam	niento médico?	
Especificar:	ENDOCRINOLOGIA Y GASTROENTEROLOGO	
4.2. Ha sido inter	venido quirúrgicamente? SI NO Especificar:	
4.3. Presenta algu	una limitación física? SI NO Cuál:	
5. VACUNAS (Indicar Cantid	ad de Dosis)	
SABIN:5	BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 1 COVID: 3	
EN CASO DE EMERGENCIA	A COMUNICARSE CON:	
Nombre y Apellido: MAG	21A V. MAPTINEZ Teléfono: 1165592172	
Cobertura Médica:	Teléfono:	
N° Afiliado:	huart nier huarian	

DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

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

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 CHAPADIMALA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es PROF, OVIEDO RODOLFO Y PRECE GLADYS ESQUI VEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

SUANA AZURDUY

Fecha de ingreso:

22

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

Aclaración: MARTINEZ MARIA VICTORIA

Aclaración: UN 66AS 253:

Localidad: HURLINGHAM

BS. As.

DNI 30 576490

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

03 de junio de 2005

Tipo y N° documento el /la menor:

1. DATOS
Nombre y Apellido Domicilio del Titular Ciudad LIDER DOMAH Provincia Tipo y N° de Documento Provincia Teléfono Teléfon
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 (*) 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: 4 BCG: A SARAMPION: TRIPLE: COVID: 1
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: Nombre y Apellido: 40000 Magayad Teléfono: 1134338167 Cobertura Médica: Teléfono:

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

Señor

DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

Lugar y Fecha: 25-10-2022

Ministro de Turismo y Deportes		
Programa de Turismo Social, qu	des didácticas recreat permaneciendo desde acompañantes de la didáctica de la didácticas recreat permaneciendo desde didácticas recreat de la didáctica de la didáctica de la didáctica de los niños de	ivas en la Unidad su partida hasta su regreso, delegación, Sras / es que
Institución: Esc. Sa	sc. N=19	
Fecha de ingreso:		
		Munua.
	Firma de	padre/madre, tutor/a o encargado/a
	Aclaración:	Mayyon Spokes
	Domicilio:	Accidence 2378
	Localidad:	Hurchalan
	Provincia:	Bs. As.
	Tipo y Nº doc:	DNI 30413.25C
	Teléfono:	M34338161
Fe	echa de nacimiento el/la meno	05/08/2006
Tip	o y N° documento el /la meno	: 47556920 DNT

DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

Lugar y Fecha: 25-10 -2022.

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

Ministro de Turismo y Deportes

Señor

Por la presente autorizo a mi hijo/a Bappe 400 TiziaNA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y actividades didácticas recreativas en la Unidad alimentación Turística Chapadhalal , permaneciendo desde su partida hasta su regreso, 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, Esc. Sec. Nº 19 Institución: 28/11/2022 Fecha de ingreso: MARIE Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a Aclaración: Domicilio: Hullmohan Localidad: Buenos Aires Provincia: DNT. 30-413-256 Tipo y N° doc: Teléfono: Fecha de nacimiento el/la menor: 15 08/2005 Tipo y Nº documento el /la menor: 46.747.809

DATOS		
ombre y Apellido Til Cila Sa Par 22 e 4 20		
nicilio del Titular A 2 2°, 8 e 6 0 0 2 3 7 8		
udad Work Paham Provincia Boebosh Res		
N° de Documento 46747899 Teléfono 413438162		
Fecha de Nacimiento 2505		
INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):		
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		
(*) Sintomas:		
Recibe Tratamiento permanente? SI NO		
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: 4 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: COVID: 2		
N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:		
combre y Apellido: Magadas Andrea Teléfono: 1134338167		
Cobertura Médica: Teléfono:		

DECLARACION **JURADA** Autorización viaje menores

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

Lugary Fecha: Hushin 6HAM 26/10/22

Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Oeti 2 605 tavo sebastima 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 CHA PAD MA LA L , permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es A OF OVIEDO PODOIFO Y PRECE: GLADYS ESQUIVE! que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ES. Nº 19. TUANA AZUTDOY

Fecha de ingreso:

28/11/22

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

Aclaración:

Florencia Gonez

Domicilio:

Albania 2384

Localidad:

HUCLINGHAM

Provincia:

BS. AR

Tipo y N° doc: DNI: 34930 622

Teléfono:

1162391071

Fecha de nacimiento el/la menor: 04/11/2003

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47 054 750

Florene ngonny

Nº AFILIADO

1. DATOS		
Nombre y Apellido 6 USHAUO SEBASHI AN CEHIZ		
Domicilio del Titular A L B A N i 4 Z 3 8 4		
Ciudad #UCG: N6HAM Provincia BUENOSA: RES		
Tipo y N° de Documento DN N I 4 7 0 5 4 2 5 0 Teléfono 4 4 6 2 3 9 4 0 3 4 1 Fecha de Nacimiento 0 7 4 4 0 5		
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: 17.49 Padre/Madr		
S. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NONO Cual?		
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?		
Causa: OPERACION DE APENDICE (YA REWPERADO DADO DE ATTA)		
3.3. Tiene algún tipo de alergía: SI (*) NO NO		
(*) Síntomas:		
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO		
TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO NO SI Specificar:		
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: OPERACIÓN APENDICE		
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:		
VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)		
SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 3 0		
CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:		
mbre y Apellido: FLORENCIA 607EZ Teléfono: 1162391001		
bertura Médica: NO . Teléfono:		

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 PEREZ CAMILA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y actividades didácticas recreativas en la alimentación , permaneciendo desde su partida hasta su regreso, Turistica CHAPADMAIAL bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es PROFE : Ovieno ROSOGFO PRECE GLADYS ESGUIVEL asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños. Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente, EES Nº 19 JUANA AZURDUY Institución: 28/11/2022 Fecha de ingreso: Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a EREZ Aclaración: BUSTAMANTE Y PLA Domicilio: HurligHAM. Localidad: Provincia: Tipo y Nº doc: D. N. I = 27276859 1558166941. Teléfono: Fecha de nacimiento el/la menor: 09/08/2005 Tipo y N° documento el /la menor: 0Ni 46902723

1. DATOS
Nombre y Apellido CANTUA DASMIN PEREE Domicilio del Titular BUSTAMANTE 3338 PLAWES Y VIUGAS Ciudad Frovincia Frovincia Fecha de Nacimiento Provincia 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: Causa: SI (*) NO Cual? NO Cual? NO Cual? NO Causa: SI (*) Síntomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO Cual?
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:
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: Nombre y Apellido: DAINA Poldes Cobertura Médica: Teléfono: 11617749121 Teléfono:
N° Afiliado: Firma

DECLARACION JURADA Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

E

Cc

1. DATOS Nombre y Apellido CIGIDIAI III. ROI COMULA III. III. Domicilio del Titular Ciudad Ciudad Tipo y N° de Documento US TRANA NITE 32 PT III. Provincia BUE Nº 6 AII. BES Teléfono 11656799711 Fecha de Nacimiento 121172004	
2. INFORMANTE Titular Macon Padre/Madre: 174.4. Otros(especificar):	
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO Cual? NO SI NO Cual? NO SI N	
Causa: - 3.3. Tiene algun tipo de alergia: SI (*) NO X (*) Síntomas: Récibe Tratamiento permanente? SI NO X	
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO S 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	<u></u>
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: Nombre y Apellido: FZPNIA BUESJA Cobertura Médica: Nº Afiliado: CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: Teléfono: 1166209825(M) Teléfono: 1165087385(H) Clyttory	(BA)

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 Fedrus	HOL MALLINE ZIZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ
Programa de Turismo Social, que y alimentación y activid Turística <u>CRA Pada al la los</u>	permaneciendo desde su acompañantes de la de	as en la Unidad partida hasta su regreso, llegación, Sras / es
que asumirán la total responsabil	iidad sobre el cuidado de los niño	XS.
Sin otro particular, saludo	a Ud. atentamente,	
Institución: <u>EES N</u> °		
Fecha de ingreso: 23-	11-22	1+-0
1		madre, tutor/a o encargado/a
j	Firma dei padrev	
	Aclaración:	BUSSEF LOTERZ
	Domicilio:	PRITE/18/18/15 3:333
	Localidad:	NoRL'i degua M
	Provincia:	DULNOS ARES
	Tipo y N° doc:	25219990
	Teléfono:	1164766737
	Fecha de nacimiento el/la men	
1	ripo y N° documento el /la men	or, 16.200, 750

DECLARACION JURADA Ficha Médica

DATOS Nombré y Apellido Domicilio del Titular Ciudad Tipo y N° de Documento	TOACRUEILING SALINAS IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
2. INFORMANTE Titular [Half4]	Padre/Madre. [narva] Otros(especificar)
SI N 3.2. Durante lo: Causa: 3.3. Tiene algú (") Sintoma	na enfermedad que requiera penódicamente tratamiento o control médico? IO Cual? NO s últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO n tipo de alergia SI (*) NO stamiento permanente? SI NO
Especificar 4.2. Ha sido inte	amiento médico? SI NO A ervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: guna limitación física? SI NO Cuál:
VACUNAS (Indicar Ca	ntidad de Dosis) BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 1
	CANA PORTELA Telefono: 11 59 64 21 97
obertura Médica:	Telefono: 1168 55 85 77

Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación Dirección Nacional de Turismo Social DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ACQUELINE 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 y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turistica CHARADALA permaneciendo desde su partida hasta su regreso. Dajo 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:

6.65Nº 19

Fecha de ingreso:

27-11-22

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

Aclaración: FORANA PORTELA

Domicilio nelaselva 7297

Localidad: Hurthallan

Provincia: POENCE A. BLAS

Tipo y N° doc: 94557614

Teléfono: 1159642193

Fecha de nacimiento el/la menor. 23 -08 - 200 4

Tipo y N° documento el /la menor: 46521331

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

Señor

DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

Lugar y Fecha: 24/11/22 Ministro de Turismo y Deportes Por la presente autorizo a mi hijo/a Lux All ras Gercep a participar del ma de Turema p Programa de Tunismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad tica Cho Do actividades didácticas recreativas en la unidad. Turistica Charada 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 Escuela Secundaria Nº 19 Fecha de ingreso: 28/11/2022 Commetta, Yach Aclaración Marte ZYBG Domicilio Hochellan. Localidad Provincia Tipo y Nº doc: DW. 1 : 20,104 451

Telefono

Fecha de nacimiento el/la menor: 27 06 2006

Tipo y Nº documento el /la menor DN x 47.431 565

11 - 2353 - 1984

	TAS TAS I	
Domicilio del Titular ACO 716 Z 165 Ciudad AU CIII PRINAMI Provincia Tipo y Nº de Documento DE 1414 1 1505 Teléfono Fech	33 AS 11 Z 3 5 5 J	R6 ML
Cludad AU PLUMS HAM Provincia Tipo y N° de Documento DAT 4114 1505 Teléfono Fech	11123551	REAL
Tipo y N° de Documento Provincia Teséfono Fech	11123551	9 8 4
Fest		
Fixth	Normanto 2 h	
INFORMANTE		
Titular Padre/Madre Otros(especif	car)	
ANTECEDENTES 3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o	control médica?	
SI NO Cuar?		
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna yez? SI	NO[Z]	
Causa		
3.3 Tiene algún tipo de alergia. SI (*) NO[X]		
(*) Sintomas		
Recibe Tratamiento permanente? SI NOS		
TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ◯ NO		
Especificar		
4.2 Ha sido intervenido quirurgicamente? SI NO DE Especific	car	
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual.		
ACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	HILLIAN H	
	9°4, 23°4, 2	
SAMARAM	RIPLEOOV	
CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:		
ore y Apellido	eléfono =	
	stétona.	
	serond	
Made	(AB)	

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 1 1 3 3 9 4 9 9 1 9
Fecha de Nacimiento 0 6 0 6 6 9
2. INFORMANTE Titular x Padre/Madre: Otros(especificar)
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene a Iguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO X Cual?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) X NO
(*) Síntomas: estornudos
Recibe Tratamiento permanente? SI NOx
4. TRATAMIENTOS
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO x Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI x NO Especificar: vesícula
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO x Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN:BCG:SARAMPION:TRIPLE:COVID:3
EN CASO DE ÉMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Teléfono:
Cobertura Médica: Ioma Teléfono:
N° Afilia do: 1,20882E+11

1. DATOS
Nombre y Apellido Rodolfo Oviedo Rodolfo Oviedo
Domicilio del Titular Tokio 2760
Ciudad Villa Tesei Provincia Buenos Aire
Tipo y N* de Documento DNI 26997582 Teléfono 1 1 5 9 4 2 3 1 7 7
Fecha de Nacimiento 0 6 0 6 6
2. INFORMANTE Titular x Padre/Madre: Otros(especificar)
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO X Cual?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO X Causa;
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) X NO X (*) Síntomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO X
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 x 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: ioma Teléfono:
N* Afiliado: 1,20882E+11

Ministerio de Turiso Dirección Nacional				Fichi	a Médica
OATOS Kombre y Apellido / Zomicilio del Titular		多數學問節與個			
Cusad Tipo y N° da Documento			resthano III	7049 1049 1111	Hiemore 20
2 INFORMANTE THAN	Padradistra (E) HASR	oskaspikličkost		
S ANTECEDENTES 3.1 Tierre algu	ra enfarmaciad que requ	men partoga, amendo la	мактырарараранда	(S)(3) ²	
	speri g Sittemos Sishos fue inter	entrika delikuruh sesa "			
3.3. Tekne algo (*) Senton	n tipo der unergia — S				
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe Ira		NOU			
	terverido garagicantens		Esipindificae		
A B Properties	eguna firritiicačn fijaca?	#1 (#CC)	GUM	******	
S VACUNAS (Indicar C					
Nombre y Apellido . S	BOG	Cama		38570175 5857017	

DECLARACION JURADA

Deportes de la Nación Dirección Nacional de Turismo Social

> Lugili y Fechii:

MAR DEIPHOTO, CHAPADIANA
Z7/11/2Z

Señor Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi higola CURCOS CICCETTA MALLA 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 Turistica do CIARDANA ALANA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación. Sras

RODORO ON 6 10 que asumirán la total responsabilidad sobre el

cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentarnunte,

Institución, co reaco sucom azurotury 28

Fecha de

ingreso 27 00 noviembre a 750

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a
Aclaración: (XXV) CXAVO CA

Dominio Marches de auries 2210

Localdad north/gyryns

Provincia BURNOS AURES

TPO Y Nº 000 40 402 181

Teléfono NGARCARO

Fecha de nacimiento el/la

menor 2005 CIPI 23 CR SOFTIEMENT

Tipo y Nº documento el /la

menor 90,901.74

Maia Chaves Camila Caballero Institución Salinas Lucía Marcelo Perrotta Gladys Esquivel Luz García Rodolfo Oviedo Nahuel Jugo Camila Perez Sebastian Ortiz Tiziana Barreyro Lourdes Altamirano Tabatha Barreyro Nombre y Apellido Escuela secundaria Nº 19 Juana Azurduy 46.902.781 20881737 21675602 26997582 47.556.920 46.106.915 47.054.250 46.902.723 46.747.899 47431505 46021331 46200750 46733036 Tipo y N° Documento 23/9/2005 6/6/1969 11/7/1974 5/8/2006 12/1/1979 29/8/2004 9/8/2005 7/11/2005 15/8/2005 27/6/2006 23/0872004 | Malaspina 2991 3/6/2005 12/11/2004 Fecha de Nacimiento Marquéz de Avilés 2210 Stephan Zwieig 2431 Gibraltad 2405 Arribeños 2378 **Tokio 2760** 4 de septiembre 2626 Bustamante 3338 Albania 2384 Arribeños 2378 Acoyte 2789 bustamante 3327 Villegas 2533 Domicilio 1158570170 1133949919 1159423177 1122767226 1170018115 1121800821 1161177492 1162391071 1134338162 1123531984 1169561461 1165679971 1165592172 Teléfono N° de registro Mes 2 2