

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ROBERTO ESTEBAN GOMEZ
Domicilio del Titular: LUGONES 786
Ciudad: MAR DE AJÓ Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DN 121462008 Teléfono: 2257666298
Fecha de Nacimiento: 17/12/69

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? Presión arterial -

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

Causa: OPERACIÓN DE HERNIA / OPERACIÓN CATARATAS 2022
2018

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: CATARATAS (AMBOS OJOS)

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: Todos SARAMPION: Todos TRIPLE: Todos COVID: 5 (cinco)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TERRAZA Irma Beatriz Teléfono: 2257-666888 / 630333

Cobertura Médica: IOMA Teléfono:

N° Afiliado: 1214620080/00

Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

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

Lugar y Fecha: MAR DE AJÓ 25/10/2022.


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALVARO CANDELA. 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: ANDREA PERALTA.

Domicilio: MONTEVIDEO 1112

Localidad: MAR DE AJÓ.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI 25 188 346.

Teléfono: (2257) 600698.

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/02/2005.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.354111.

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización Viaje
Internacional

I. DATOS

Nombre y Apellido: CANDELANICOLE ALVARAZ
Domicilio del Titular: MONTEVIDEO 1112
Ciudad: MAR DE AJÓ Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DN 246354111 Teléfono: 2257652435
Fecha de Nacimiento: 09/02/06

II. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

III. 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

IV. 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:

V. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 5 COVID: 2

VI. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANDREA REVOLTA Teléfono: 2257-60098
Cobertura Médica: OSBEDYC Teléfono:
N° Afiliado: 28342105/03

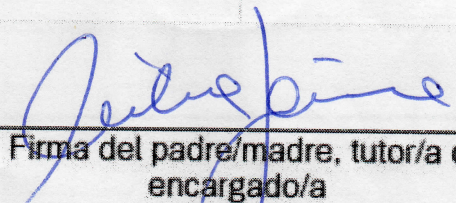

Firma

| | | |
|---|--|--|
| Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación Dirección Nacional de Turismo Social | DECLARACION JURADA Autorización viaje menores | |
| | Lugar y Fecha: _____ | |

Señor
 Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BUSTOS BRENDA MORENA 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: <u>Cecilia Jaime</u> |
| | Domicilio: <u>COLLA MORLES YSP</u> |
| | Localidad: <u>MAN DE AJO</u> |
| | Provincia: <u>BS. AS</u> |
| | Tipo y N° doc: <u>DNI: 23.328.733</u> |
| | Teléfono: <u>2297 (688366)</u> |
| | Fecha de nacimiento el/la menor: <u>01 ENERO 2005</u> |
| | Tipo y N° documento el /la menor: <u>DNI: 46764721</u> |

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido **BUSTOS BRENDA MORGANA**
Domicilio del Titular **DIAG CO RREA MORALES ASA**
Ciudad Provincia **BUENOS AIRES**
Tipo y N° de Documento **DNI 4676971** Teléfono **2257528651**
Fecha de Nacimiento **010105**

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 Cuát:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **CECILIA JAIME** Teléfono: **2257668266**
Cobertura Médica: **IOMA** Teléfono:
N° Afiliado: **23328733902**

[Firma]
Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

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

Lugar y Fecha: MAR de AJO 25/10/2022

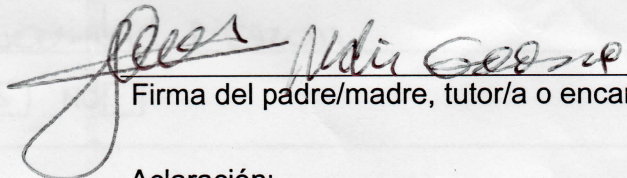
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GAUNA LARA 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: USHUAIA 1410

Localidad: MAR DE AJO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 30.680.242 DNI

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento el/la menor: 28/04/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46556809

1. DATOS

Nombre y Apellido: EDUANA LARA AGOSTINA

Domicilio del Titular: USHUAIA 1410

Ciudad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46556899 Teléfono: 2257 635382
DNI

Fecha de Nacimiento: 28/04/2005

2. INFORMANTE

Titular Padre/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: estornudos, mucosidad, picazon

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

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

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

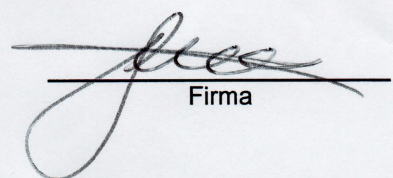
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GAONA NIDIA BEATRIZ Teléfono: 2257 667403

Cobertura Médica: LOMA Teléfono: 2257 667544

N° Afiliado: 2306802425/02


Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Oyeda Milgros 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: _____

Elizabeth Iglesias

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

Aclaración: Elizabeth Iglesias

Domicilio: Montevideo 1221

Localidad: Mar de Ajo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 22781237

Teléfono: 1139018015

Fecha de nacimiento el/la menor: 6/5/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 466330PS

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M I C A G R O S M A R I N A O Y E D A
Domicilio del Titular: M O N T E V I D E O I Z Z I
Ciudad: M A R D E A J O Provincia: B S A S
Tipo y N° de Documento: P N R 4 6 6 3 3 0 R S Teléfono: 1 1 3 9 0 1 2 0 1 5
Fecha de Nacimiento: 6 0 5 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
(* Sintomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

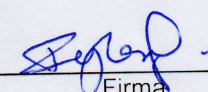
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Elizabeth Iglesias Teléfono: 1139012015 (MAMÁ)
Cobertura Médica: Hospital Mar de Ajo Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a VARELA FIORELA 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: ASCASUBI 645

Localidad: Mar de Ajo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 27685175

Teléfono: 2257 538686

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/06/05

Tipo y N° documento el /la menor: 46556911