

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido FLORENCIA PELIZZA  
Domicilio del Titular BALBASTRO 5670  
Ciudad ICASANOVA Provincia B3 AS  
Tipo y N° de Documento DNI 28434059 Teléfono 1164881371  
Fecha de Nacimiento 201080

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: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Montenegro Juan Eduardo Teléfono: 1165556305

Cobertura Médica: TOMA Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 288434059100

[Firma]  
Firma

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

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

Lugar y Fecha: G. CATAN 31-10-22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a NAVARRO Ian Agustín 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 COMPLEJO CHAPATMALAD, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es PELIZZA FLORENCIA y Aquino MARIA DEL VALLE que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.SN° 68

Fecha de ingreso: 27/11/2022

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

Aclaración: Ian Navarro

Domicilio: IBERA 5549

Localidad: G. CATAN

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI 45314749

Teléfono: 1164035147

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/09/2003

Tipo y N° documento el /la menor: 45314749

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: IAN AGUSTIN NAVARRO  
Domicilio del Titular: FBERA 5549  
Ciudad: G-CAYAN Provincia: BUENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento: DNE45314749 Teléfono: 1164035147  
Fecha de Nacimiento: 090903

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 3 <sup>CUADRUPLE</sup> TRIPLE: 5 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANDREA ACUTIA Teléfono: 1157327744  
Cobertura Médica: OSPIM Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: 116.66411

[Firma]  
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: G. Catau 31/10/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Barreto Lara Nahir 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 CHAPADMAIN, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es Aguino María del Valle Pelizzo Florencia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 68

Fecha de ingreso: 27/11/2022

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

Aclaración: Liliana Forres

Domicilio: Riglos 4274

Localidad: Gonzales Catan

Provincia: Ds 2r

Tipo y N° doc: DNI 17.761.694

Teléfono: 11 34722489

Fecha de nacimiento el/la menor: 18-01-2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.200.985

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido M A R A N A H I E B A R R E T O

Domicilio del Titular R I G I O S 9 2 7 4

Ciudad G. C E R T A N Provincia B O E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento D N I 4 6 2 0 0 9 8 5 Teléfono 1 1 3 2 7 2 2 4 8 9

Fecha de Nacimiento 1 8 0 1 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)

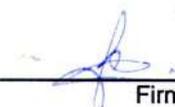
SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LILIANA CORREA Teléfono: 11 3972 2488

Cobertura Médica: — 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: 6. Catam 31/10/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Cisneros Iris 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 J es AQUINO MARIA DEL VALLE - FELIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 68

Fecha de ingreso: 27/11/2022

EES

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

Aclaración: GOYELIDA ELIANA

Domicilio: URDANETA 5340

Localidad: GONZALEZ CATAN

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 40607786

Teléfono: 1130050014

Fecha de nacimiento el/la menor: 18 06 2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48296012

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido CISNEROS IRIS MARIELA  
Domicilio del Titular URDANETA 5340  
Ciudad BUENOSAIRES Provincia BUENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 48296012 Teléfono 1130342246  
Fecha de Nacimiento 180605

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): HERMANA

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: GOVELIDA ELIANA Teléfono: 1130050014  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ 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: 03/11/22 G. CATAN

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOAIEDRA JONATHAN 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 AQUINO MARIA DEL VALLE y ALIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E. E. S 68

Fecha de ingreso: 27/11/22

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

Aclaración: YANINA CALIVAR

Domicilio: DOMINGO ACHEGA

Localidad: G. CATAN

Provincia: Bs. As

Tipo y N° doc: 29.886726

Teléfono: 1427085381

Fecha de nacimiento el/la menor: 18/10/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47635010

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JONATHAN SAAVEDRA CALIVAR  
Domicilio del Titular DOMINGO ACHEGA  
Ciudad G. CATAN Provincia BS AS  
Tipo y N° de Documento 47635010 Teléfono 1121316157  
Fecha de Nacimiento 181006

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: YANINA CALIVAR Teléfono: 1127085381  
Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....  
N° Afiliado: .....

YANINA CALIVAR  
Firma

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

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

Lugar y Fecha: G. Carpan 03/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Jose Ivan Diaz 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 Chapalmala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Adriana Maria del Valle y Pelizza Florencia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S 68

Fecha de ingreso: 27/11/22

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

Aclaración: Jose Ivan Diaz

Domicilio: El Resero 4275

Localidad: G. Laferrere

Provincia: Buenos Aires  
45.314.535

Tipo y N° doc: 1132044279

Teléfono: 1132044279

Fecha de nacimiento el/la menor: 06/08/03

Tipo y N° documento el /la menor: 45.314.535

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JOSE DIAZ  
Domicilio del Titular EL FERRO 4275  
Ciudad LAFERRERE Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento 45314535 Teléfono 1132044275  
Fecha de Nacimiento 060803

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): Alumno

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: Maria del valle diaz Teléfono: 1132044279

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Jose  
Firma

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SUAN ELIAS B ALZOGARAY  
Domicilio del Titular: ICA LMA S 1 1 7  
Ciudad: G-CATAN Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: D N I S O 1 4 1 5 2 3 Teléfono: 1 1 6 3 0 5 8 2 1 2  
Fecha de Nacimiento: 1 6 0 2 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: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Ilda Marcel Diaz Villasanti Teléfono: 1131215963

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ 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: González Catán 31/10/22'

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Alzavarez Juan E. B. 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 Complejo Chapachmalá, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Felizza Florancia y Aguiño María del Valle que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E. E. S. N° 68.

Fecha de ingreso: 27/11/2022

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

Aclaración: Ilda Maricel Diaz ✓

Domicilio: Icalma 5117

Localidad: González Catán

Provincia: Bs As.

Tipo y N° doc: 95186054

Teléfono: 1131715963

Fecha de nacimiento el/la menor: 16-02-2005

Tipo y N° documento el /la menor: 50111527

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: BONZAlez CATAN 31/10/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a GARCIA GIULIANA 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 AQUINO MARIA DEL VALLE Y PELIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S 68

Fecha de ingreso: 27/11/22

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

Aclaración: Garcia Virginia Rosa

Domicilio: MANUEL ARIAS S/N

Localidad: G. CATAN

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 33.533.791

Teléfono: 1135221298

Fecha de nacimiento el/la menor: 7/9/2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46.393.820

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido GIULIANA GARCIA

Domicilio del Titular MANUEL ARIAS

Ciudad G. CATAN Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 46393820 Teléfono 1135221298

Fecha de Nacimiento 070905

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: VIVIANA ROSA GARCIA Teléfono: 1135221298

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Yovislawo  
Firma

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 03/11/2022 Bs. As.

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARCOS MANUEL PAZ 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 Chapadua la, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Aquino Maria del Valle - Pelizza Florencia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 68

Fecha de ingreso: 27/11/2022

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

Aclaración: Gonzalez Clara

Domicilio: Tejuma 5477

Localidad: Gonzalez CATAN

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: 24 448 475

Teléfono: 11 53851679

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/03/2003

Tipo y N° documento el /la menor: DND 44 759 851

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARCOS MANUEL PAZ  
Domicilio del Titular: ICALHA 5477  
Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: 44759851 Teléfono: 1127664155  
Fecha de Nacimiento: 240303

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

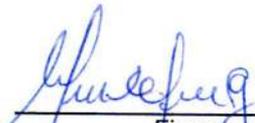
4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:  
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: Completa SARAMPION: Completa TRIPLE: Completa COVID: 3<sup>ra</sup>

6. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CLARA GONZALEZ Teléfono: 1153851679  
Cobertura Médica: NO Teléfono:  
° Afiliado:

  
Firma  
Gonzalez CLARA

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIA AGUIÑO RODRIGUEZ  
Domicilio del Titular: HUENUL 6417  
Ciudad: G. CATAN Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: DNI 31203776 Teléfono: 1127060307  
Fecha de Nacimiento: 040984

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: .....

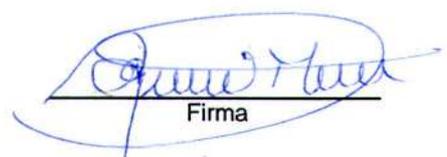
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: RUBEN MARTINEZ Teléfono: 1144227259  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 1161346160  
N° Afiliado: 231203776700

  
Firma

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

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

Lugar y Fecha: G. Catón 31/10/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Valeros Nazareno 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 Chafadmaiol, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es AQUINO MARIA DEL VALLE Y POLIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: B.E.S 68

Fecha de ingreso: 27/11/22



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

Aclaración: Pabuna VALEROS

Domicilio: Cascada 5057

Localidad: G. Catón

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 94.678.704

Teléfono: 1136121724

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/06/05

Tipo y N° documento el /la menor: 46730485

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido WAZARENA VALLESOS  
Domicilio del Titular CASCADA 3057  
Ciudad 9 CATAN Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento 46730485 Teléfono 1136121724  
Fecha de Nacimiento 160622

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: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TAMARA TORALES Teléfono: 1144052170

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: 1131476108

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Sabrina Vallesos  
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: Gonzalez catá 31/10

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gaby Román 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 Chalchicomula, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Aquino María del Valle y Leticia Flores que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. 1° 08

Fecha de ingreso: 27/11/2022

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

Aclaración: Silvana M. Jimenez

Domicilio: CoBa 4344

Localidad: G. CATÁ

Provincia: Bs As

Tipo y N° doc: 23297230

Teléfono: 1136169732

Fecha de nacimiento el/la menor: 03/02/2005

Tipo y N° documento el /la menor: 47.023.879

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido NOELI EZEIZABETH GARAY  
Domicilio del Titular JUAN COBO 4347  
Ciudad 9 CATAN Provincia BUCAROSAIAS  
Tipo y N° de Documento 47023829 Teléfono 1136169738  
Fecha de Nacimiento 03/02/05

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: ALERGIA AL DIENTAL

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: Silvana A. Jimenez

Teléfono: 1136169732

Cobertura Médica: .....

Teléfono: 1160509522

N° Afiliado: .....

SJP  
Firma

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

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

Lugar y Fecha: Gonzalez Catan 31/10/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Alvarenga 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 Complejo Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es AQUINO RODRIGUEZ MARIA Y PEUZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.S n° 68

Fecha de ingreso: 27/11/22

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

Aclaración: Bravlio Alvarenga

Domicilio: SEQUEIRA 3350

Localidad: G. de Laferrere

Provincia: Bs. As

Tipo y N° doc: DNI

Teléfono: 1125033159

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/12/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.952810

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: DRISCIILA J. ALVARENGA  
Domicilio del Titular: SEQUEIRA 3350  
Ciudad: G. DE LA FERRELE Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: DNI 46952810 Teléfono: 1127367699  
Fecha de Nacimiento: 10/12/05

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: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ERICA PAJON Teléfono: 1128943093  
Cobertura Médica: ..... 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:

G. Catari 31/10/22

Señor

Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Rocio M. Bello 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 Cuapadua tal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es AQUINO MARIA DEL VALLE - FELIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EE5 N° 68

Fecha de ingreso:

27/11/22

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

Aclaración:

NOEMI CRISTINA SOTELO

Domicilio:

MALTHUST 5139

Localidad:

LA FERRERE

Provincia:

B.S.A.S

Tipo y N° doc:

17.554.491

Teléfono:

1132579174

Fecha de nacimiento el/la menor:

14/05/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

47 958 198



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: g. Catan 31/10/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Brevarónica Alejandra 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 Complejo Chacabuco, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) / es AQUINO MARIA DEL VALLE - FELIZZA FLORENCIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEJ N° 68

Fecha de ingreso: 27/11/22

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

Aclaración: Kid Lucia

Domicilio: Jorge Newbery 5753

Localidad: g. Catan

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: D.N.I. 99.596.767

Teléfono: 1135722509

Fecha de nacimiento el/la menor: 25/02/2008

Tipo y N° documento el /la menor: D.N.I. 48.578801

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido VERONICA ALEJANDRA POTO  
Domicilio del Titular SORGE NEWBERY S753  
Ciudad GONZALEZ CATAN Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento DN#98578801 Teléfono 1135222509  
Fecha de Nacimiento 250209

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 crónico

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: Raff

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

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: Actividad física de bajo rendimiento

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Luxia Concepción Rios Arce Teléfono: 1135 2225 09

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

  
Firma Ríos Arce

# Turismo Social

Institución EES MEGB

Mes 11 Año 2011

le registro                     

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Florencia Felizza	28434059	20/10/88	Palbastro 5670	1164881371	<i>[Firma]</i>
Giuliana Garcia	46393820	07/09/05	Manoel Arias 5311	1135221298	<i>[Firma]</i>
Fau A. Navarro	45314749	09/09/03	Ibera 5549	1164035147	<i>[Firma]</i>
Tara M. Barreto	46800985	18/01/05	Rialos 4874	1134722489	<i>[Firma]</i>
Eris M. Cionero	48896012	18/06/05	U. Yareta 5340	1130050014	<i>[Firma]</i>
Jonathan Jaavedra	47635010	18/10/06	Domingo Acheaga 511	1127085381	<i>[Firma]</i>
Jose I. Diaz	45314535	06/08/03	El Resero 4205	1132044279	<i>[Firma]</i>
Vuau Alzogaray	50111527	16/02/05	Icaigua 5117	1131715963	<i>[Firma]</i>
Marcos M. Paz	44759851	24/03/03	Icaigua 5477	1153851679	<i>[Firma]</i>
Mariadel Valle Aquino	031203776	04/05/84	Hueumul 6417	1144227259	<i>[Firma]</i>
Hazarena Vallejos	46730485	16/06/05	Cascada 5057	1136121724	<i>[Firma]</i>
Noemi E. Garay	47023824	03/02/05	Cobo 4344	1136169732	<i>[Firma]</i>
Triscila Alvarenga	46958810	10/12/05	Sequeira 3350	1125033159	<i>[Firma]</i>
Rocio Bello	47958192	14/05/07	Matthews 5139	1132579174	<i>[Firma]</i>
Veronica A. Poto	48578801	25/02/08	J. Newbery 5753	1135222509	<i>[Firma]</i>