

Turismo Social

DECLARACION JURADA

GRUPOS NUMEROSOS

EVENTOS

Institución

AGRUPOACION JUVENIL

No 18 H. Domingo Azar

Día Mes Año

N° de registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Ingreso Mensual	Firma
Dilan Esteban Maciel	46 088 041	09/08/2001	Albuera 1178 P. Noguez	112792-5792		
Fabrizio Ariel Grandinetti	46 088 477	30/09/2004	Miraflores 1266 P. Noguez	1132087036		
Brisa Alejandra Gomez	46 670 846	16/03/2004	Pitagoras 1130 P. Noguez	1158128522		
Rilar Maria Azekil Villegas	46 088 343	22/09/2004	Valparaiso 1073 P. Noguez	1139437975		
JASHIN ZAYAS	47 793 538	22/08/2007	Gr. de la Serrana 2274	1158544311		
GASTON Rojas	44 832 731	07/11/03	Miraflores 1250	1161634175		
Orlan ALVAREZ	47 084764	30/11/2005	Guayaquil 1176 P. Noguez	1131744790		
Rodrigo Galloli	46 185550	18/11/2004	María He 1040 P. Noguez	1125704646		
Alcero Heres Panisagua	95 903 400	21-08-03	B. Rojas 2296	1158251351		
Rodolfo Balsa	21 891987	27/2/71	JOSE D SAN MARTIN A Gaudioso	1141698825		
Sonia Romero Piraian	47 094 561	14/01/06	P. Stopler 235 P. Noguez	1169462811		

1. DATOS DEL ALUMNO

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

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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 Cúal: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Ledesma Elisabet Teléfono: 1126924535
 Cobertura Médica: NO Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____

Firma

Lugar y Fecha: Gran Bourg 10-11-22

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos Dilan Eteban ^{mae.01} a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Clorodulce, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Miriam Claudia y Rodolfo Fouca que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N°18

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Ledesma Elisabet

Domicilio: ALBUERA 1778

Localidad: PABLO NOGUES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 27476297

Teléfono: 1126924535

Fecha de Nacimiento del alumno: 09/10/2004

Tipo y N° Documento del alumno: 46.086.041

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO
 Nombre y Apellido: GRANDI NEFTALI FABIAN VICTOR
 Domicilio del Titular: RU. LA PLAZA 1266
 Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: GRAN BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 12260974 Teléfono: 1162338605
 Fecha de Nacimiento: 30/09/2004

2. INFORMANTE
 Madre: Padre: 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: _____ SARAMPION: 2 TRIPLE: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
 Nombre y Apellido: GRANDI NEFTALI VICTOR Teléfono: 1159603285
 Cobertura Médica: NO TIENE Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____
 (HERMANA) ROJAS AILEN 1162338605
 Firma: _____

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 09/11/22
GRAN BUENOS AIRES

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Fabrizio Grandi Neftali a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chippindale, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Medina Claudia y Rodolfo Binda que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 18
 Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado: _____
 Aclaración: GRANDI NEFTALI
 Domicilio: LA PLAZA 1266
 Localidad: GRAN BUENOS AIRES
 Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° Doc: 12260974
 Teléfono: 1159603285
 Fecha de Nacimiento del alumno: 30/09/2004
 Tipo y N° Documento del alumno: 46088417

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Jand Boug 10/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Brissa Alejandra Gomez a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chepediuna, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Claudia Medina y Rodolfo Buda que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.W°18

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: 45.610.846
Domicilio: Pitagores 1150
Localidad: P. nagues
Provincia: D.S. AS
Tipo y N° Doc: D.N.I 45.610846
Teléfono: 1153297832
Fecha de Nacimiento del alumno: 16/03/2004
Tipo y N° Documento del alumno: 45.610846

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: BRISSA ALEXANDRA GOMEZ
Domicilio del Titular: R. NAGUES 1150
Ciudad: CHEPEDIUNA Provincia: D.S. AS
Tipo y N° de Documento: 45610846 Teléfono: 1153297832
Fecha de Nacimiento: 16/03/2004

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): titular

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: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Daniel Esteban Gomez Teléfono: 1133322338
Cobertura Médica: N.O Teléfono: 1153297832
N° Afiliado: -

Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: PILOLO MARILYN AYQUEW VALCEBAS

Domicilio del Titular: AV. 14 DE JUNIO 1073

Ciudad: PILOLO Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46.088.343 Teléfono: 1164966636

Fecha de Nacimiento: 22/09/09

2. INFORMANTE
Madre: Padre: 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: 2 TRIPLE: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: YANINA BAZAN Teléfono: 1164966636

Cobertura Médica: OSECAC Teléfono: _____

N° Afiliado: 46.088.343

Yanina Bazan
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Pablo Nieves
2/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a VALCEBAS PILOLO a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPANAVAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^{as} J. es HELENA CLAUDIA y ROBERTO SIMBA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 88

Fecha de ingreso: 09/10/22 Yanina Bazan
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: YANINA BAZAN

Domicilio: AV. 14 DE JUNIO 1073

Localidad: PILOLO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: 2851214

Teléfono: 1164966636

Fecha de Nacimiento del alumno: 22/09/09

Tipo y N° Documento del alumno: 46.088343

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LEONARDO GUSTAVO MONTAS

Domicilio del Titular: MIROFLORES 1250

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BSAS

Tipo y N° de Documento: 1122495724 Teléfono: 1122495724

Fecha de Nacimiento: 11-7-2003

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): HERMANAS

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LEONARDO ZURITA MONTAS Teléfono: 1122495724

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Leonardo Zurita Montas
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 09/12/2022 G.B.

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a LEONARDO GUSTAVO MONTAS participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística El Capadocel, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^{as} JESICA CLAUDIA y RODOLFO BIANCHI, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 18

Fecha de ingreso: 09/12/22 Leonardo Zurita Montas
 06/12/22 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Leonardo Zurita Montas

Domicilio: Mirofiores 1250

Localidad: Grand Bourg

Provincia: BSAS

Tipo y N° Doc: DNI-23681915

Teléfono: 1122495724

Fecha de Nacimiento del alumno: 11-7-2003

Tipo y N° Documento del alumno: 44832731

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ALVAREZ BASTIANA
 Domicilio del Titular: AV. 14 DE JUNIO Y BOYBON 1176
 Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BS. AS
 Tipo y N° de Documento: 47084764 Teléfono: 1131744790
 Fecha de Nacimiento: 30/11/2005

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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: 2 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: EUSEBIA ROLDAN Teléfono: 1131744790
 Cobertura Médica: NO Teléfono: 1161982375
 N° Afiliado: 16

Eusebia Roldán
 Firma

Lugar y Fecha: Jand Boug, 10.11.22

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Braian Alvarez a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chupatucú, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. Medina Claudia y María Loreto que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 18
 Fecha de ingreso: 06/12/20

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: ROLDAN EUSEBIA
 Domicilio: AV. 14 DE JUNIO 1176
 Localidad: PABLO NERVOES
 Provincia: BS. AS
 Tipo y N° Doc: 30796.055
 Teléfono: 1131744790

Fecha de Nacimiento del alumno: 30/11/2005
 Tipo y N° Documento del alumno: 47084764

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: RODRIGO GALLOTTI

Domicilio del Titular: CAROLITA 1690

Ciudad: DABAJO MOCOS Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: D.N.I. 46785530 Teléfono: 11 2570 4746

Fecha de Nacimiento: 11/11/2004

2. INFORMANTE
Madre: Padre: 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: Todo BCG: Todo SARAMPION: Todo TRIPLE: Todo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MONICA FALCÓN Teléfono: 11 2570-9846

Cobertura Médica: NO Teléfono: KAL

N° Afiliado: _____

FALCÓN
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo Turismo Social Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Gran Bang 10/1/22

Señor
Ministerio de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Rodrigo Gallo a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapichal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Medina Claudia y Marcelo Brudo que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 18

Fecha de ingreso: 06/12/22

FALCÓN
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: MAMA

Domicilio: CAROLITA 1690

Localidad: DABAJO MOCOS

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: D.N.I. 2290740

Teléfono: 11 2570 4746

Fecha de Nacimiento del alumno: 12 de noviembre 2004

Tipo y N° Documento del alumno: D.N.I. 46785530

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Grand Bourg 10-11-22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos Mares Adolfo Alfaro Paniagua a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chaparral, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Claudia Medina y Roberto Brudo que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N°18

Fecha de ingreso: 06/12/22
Mares Paniagua
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Mares Paniagua
Domicilio: Ricardo Rojas 9296
Localidad: Grand Bourg
Provincia: BS AS
Tipo y N° Doc: D.N.I 95.903.400
Teléfono: 1158951354

Fecha de Nacimiento del alumno: 21/08/2003
Tipo y N° Documento del alumno: D.N.I 95.903400

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: Mares Adolfo Alfaro Paniagua
Domicilio del Titular: W. Ricardo Rojas 9296
Ciudad: BS AS Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: 95.903.400 Teléfono: 1158951354
Fecha de Nacimiento: 21/08/03

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): x tatar

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: Completa

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Reinilda Paniagua Teléfono: 1162351433
Cobertura Médica: NO Teléfono: _____
N° Afiliado: -

Mares Paniagua
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido SEBASTIAN SEBASTIAN SONIA ROMERO

Domicilio del Titular PIADICE ATOPLEA 2357

Ciudad PABLO NOGUE Provincia SUCRE

Tipo y N° de Documento 47.094.561 Teléfono 1123810490

Fecha de Nacimiento 14/01/2006

2. INFORMANTE

*Madre: Padre: 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: 3 si BCG: 5 p3 SARAMPION: 3 si TRIPLE: 3 si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Sebastian sonia Teléfono: 1169462811

Cobertura Médica: NO Teléfono: NO

N° Afiliado: NO

Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Spaubourg 10-1-22

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Sonia Bien a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Ciudad Nueva, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Nadine Claudia y Rodolfo Muela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 78

Fecha de Ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Sonia Sebastian

Domicilio: P. Atopler 2357

Localidad: Ing. Pablo Nogue

Provincia: Bh. As.

Tipo y N° Doc: 32.003.203

Teléfono: 1169462811

Fecha de Nacimiento del alumno: 14/01/2006

Tipo y N° Documento del alumno: 47.094.561