

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Turismo Social

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha: 10/11/2022

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos MARLA VILDA 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es SONIA PARTESANO PAOLA BENITEZ, MARCELA RODRIGUEZ Y GUILLERMO RIVERO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E. 501

Fecha de ingreso: 6-12-2022

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: SONIA PARTESANO

Domicilio: STANLEY HECHISTAS 15

Localidad: 6. Baring.

Provincia: Bo. A.

Tipo y N° Doc: DNI 23.870.245

Teléfono: 1157613356

Fecha de Nacimiento del alumno: 08-12-2005

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46602826

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 10/11/2022
Apellido y Nombres del Alumno: MARIA VERA FERRARI
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: ROSA VINCIGROSSI
Dirección: ISABA, HERRERA 450, Teléfono: 4257613356
Lugar a Viajar: CABA PATRIAL

1. ¿Es alérgico? sí no (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? _____
2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos Inflamatorios
b) Fracturas o esguinces
c) Enfermedades infecio-contagiosas
d) Otras: _____

3. ¿Está tomando alguna medicación? sí no (tachar lo que corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? _____

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: _____
5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de hijo/hija: MARIA VERA FERRARI a los 10 días del mes de NOVIEMBRE de 2022, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, se pongan los profesionales médicos. presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los designados arriba

ma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE
REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 10.10.18

Apellido y Nombre del Alumno: SOTO MELIS MAXIMILIANO

Apellido y Nombre del Padre, Madre o Representante Legal: DR. PÉLO SOTO

Dirección: CHACAY 3167 Teléfono: 1126364682

Lugar a Visitar:

1. ¿Es alérgico? sí no (tachar lo que no corresponda)
¿Es alérgico a cualquier sustancia? ¿a qué? todo, los medicamentos. PÉLO SOTO

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)

- a) Procesos inflamatorios (D)
- b) Fracturas o esguinces (D)
- c) Enfermedades infecto-contagiosas (M)
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? sí no (tachar lo que no
corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer
el personal médico y docente a cargo: Sí

5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de
carnet.
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi
hija: SOTO MELIS MAXIMILIANO a los 10 días del mes de octubre del año
2018, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo
sugieran los profesionales médicos.
presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos
designados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: *M. de Melis*
Aclaración de la Firma: *M. de Melis*

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Soto ALEXIS MAXIMILIANO
DNI N° 41836518 domiciliado en la calle CHACAY 3457
de la localidad de PLAZA VIAL T.E. 12736463
que concurre al Establecimiento Educativo: E. S. N°501 del distrito Malvinas Argentinas a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", ellos días 06,07,08 y 09 de
Diciembre del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha
salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de
transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la
planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo
criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales
médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero
inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán
responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BA

Fecha: 10/11/12

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Mg De Melo

Yvonne Sigurdsson De Melo

NI N° 24498253

Telefono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad
(años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

41660-41568 ABUELA - 11664542790 PAPA.
162883 HERMANA - 1126364682 MADRE - 112378440

Turismo Social

Nombre del Turista

Apellido y Nombre: ANIELITA DINIOLA SANCHEZ
Apellido del Titular: ANIELITA SANCHEZ
Cédula de Identificación: 111691998216
Provincia: 15 Ciudad: 12 Municipio: 15
Fecha de Nacimiento: 15/04/2006

Parentesco: Madre Padre Otros (especificar): Abuela

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cuál?

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

Causa: _____

¿Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TOS: Recibe tratamiento médico? SI NO

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

¿Cuantas veces viajó? (especificar cantidad de Dosis) _____

BCC: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

¿Puede comunicarse con: _____

Nombre: Monica Cristina Iglesias Teléfono: 11-64849826

Apellido: Mon. Tiemb Teléfono: _____

Firma: [Firma]

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 14/11/12

Apellido y Nombres del Alumno

Sanchez Angel David

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Iglesias Monica Cristina

Dirección

Perú 1010

Teléfono: 11.641849826

Lugar a Viajar

1. ¿Es alérgico? sí no (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? sí no (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿cuál?
Respiratoria / mg

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hija Angel David Sanchez a los 3 días del mes de Diciembre del año 2012, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo pongan los profesionales médicos.

presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Maestra Iglesias

Representante Legal

Maestra Iglesias

Representante Legal

Maestra Iglesias

Representante Legal

Maestra Iglesias

Representante Legal

Maestra Iglesias

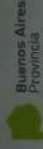
Representante Legal

Maestra Iglesias

Representante Legal

Maestra Iglesias

Representante Legal



Correspondencia Expediente N° 5802-170142/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Angel David Sanchez, de la localidad de Tilcara, domiciliado en la calle PERU, que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°501 del distrito Malvinas Argentinas a realizar en la localidad de "General Pueyrredón", el/los días 06,07,08 y 09 del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha actividad, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la frecuencia de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales de la salud y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiriré aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no se responsabilizan de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

GB

16/11/2022

Aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Monica Cristina Iglesias

16.997.056

de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de 18 años, resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Turismo Social

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha 7 de noviembre 2022
Carandubá

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos RODRIGUEZ JANA 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 CHAYATAJANA permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr@s / es RODRIGUEZ VERA, RODRIGUEZ VERA, PARRERA RODRIGUEZ, VARELA GARCERAN que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Situación: E.E.N. S.O.I
Fecha de ingreso: 6/12/2022

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: TOBIAS GARRIDO
Domicilio: Luis VERNET 2128
Localidad: Gran DORC
Provincia: P.S. AS
Tipo y N° Doc: 34.760.288
Teléfono: 7739103719

Fecha de Nacimiento del alumno: 12/12/2006
Tipo y N° Documento del alumno: 47.683.985

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha de nacimiento: 11/11/2011
Apellido y Nombres del Alumno: DAVID ALONSO BARRERA
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: SOFIA ROSA KAZARBE
Dirección: 9 DE JULIO Teléfono:
Lugar a Viajar: CALAFORNIA

1. ¿Es alérgico? SI NO (tachar lo que no corresponda)
En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....
2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
a) Procesos Infecciosos
b) Fracturas o esguinços
c) Enfermedades infecto-contagiosas
d) Otras:.....
3. ¿Está tomando alguna medicación?
En caso de respuesta positiva: ¿cual?..... (tachar lo que no corresponde) SI NO

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....
5. ¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija DAVID ALONSO BARRERA a los 12 días del mes de AGOSTO del año 2011, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.
La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]
Aclaración de la Firma: [Firma]

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ALBERTO ALBERTO ALBERTO

Domicilio del Titular: 1000 1000 1000 1000

Ciudad: 1000 1000 1000 1000

Provincia: 1000 1000 1000 1000

Teléfono: 1000 1000 1000 1000

Fecha de Nacimiento: 10/10/10

INFORMANTE

Madre: W2 Pielre: W2 Otros (especificar):

ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
 SI NO Cuál?

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

VACUNACIONES

1.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
 Especificar:

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

OTROS DATOS

AS (Indicar Cantidad de Dosis)

MIN: BUENA BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre: GRACIA SARAIBUEZ Teléfono: SI

Domicilio: SI Teléfono: SI

Gracia Saraibuez
 Firma



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a BASCA, ARIADNA GIDE E DNI N° 48.695.700, domiciliado en la calle 9 DE ABRIL 1547 de la localidad de LOS BELLAEROS, T.E. que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°501 del distrito Malvinas Argentinas a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", el/los días 06, 07, 08 y 09 de Diciembre del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: SUEÑOS AIRES

Fecha: 9 DE ABRIL DEL 2007

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Perilla Gadea

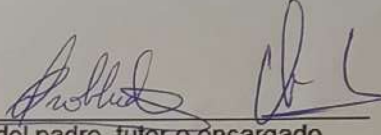
VI N° 48.695.700

efono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edades (años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Lugar y Fecha: 10/11/2022Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Moreno Verlino Roberto 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 CITA PATRIAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr@s Les Pansano, Paul Blutz, Guillermo Moran, Nacab Rodriguez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: F.E.N. 501Fecha de ingreso: 6/12/2022
Firma del padre, tutor o encargadoAclaración: Moreno Verlino RobertoDomicilio: Chaco lucas 2053Localidad: Grand BourgProvincia: Bris ArTipo y N° Doc: 56.501.017Teléfono: 1168775186Fecha de Nacimiento del alumno: 24/12/2005Tipo y N° Documento del alumno: 56.501.017

Turismo Social

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido:

Nombre del Titular:

Documento: Provincia:

Teléfono: Fecha de Nacimiento:

ANTE: Padre: Otros (especificar): _____

ENFERMEDADES

Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
 SI NO Cuál? _____

Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
 Causa: _____

Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
 (*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

Recibe tratamiento médico? SI NO
 Especificar: _____

Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

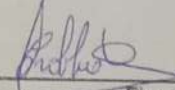
BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre: Carla Robusto Teléfono: 1168775186

Teléfono: _____

Teléfono: _____


Firma

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha... 10 / 11 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno MORENA ROBLED

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal CARLA ROBLED

Dirección CHACABUNO 2053 Teléfono 1168775184

Lugar a Viajar CHABASTAL

1. ¿Es alérgico? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?.....

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer

al personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija MORENA ROBLED

el día 10 de Noviembre del año 2022, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

[Firma manuscrita]

Representante Legal

Carla Robled
Aclaración de la Firma

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.

Por la presente autorizo a mi hijo/a Torino Roldo
DNI N° 56.501.017, domiciliado en la calle Chacabuco 2053
...de la localidad de Grand Bourg, T.E. 116877 5186,
que concurre al Establecimiento Educativo: **E. E. S. N°501** del distrito Malvinas Argentinas a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "**Jóvenes y
Memoria**" a realizarse en la localidad de "**General Pueyrredón**", el/los días **06,07,08 y 09 de
Diciembre** del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: G. Bourg

Fecha: 10/11/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]


DNI N° 27.192.513

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Lugar y Fecha: 10/11/2022Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a FRANCISCO FRANGIAS 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 CAMPADRIAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Les Sonis Pontisano, Paola Pintor, Traverso Rodolfo y Pirovano Guillermo que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.N-507Fecha de ingreso: 6/12/2022
Firma del padre, tutor o encargadoAclaración: Paulo S. FrangiasDomicilio: BALDEA 1545Localidad: GRAND BOURGProvincia: Buenos AiresTipo y N° Doc: DNI. 25296293Teléfono: 1144088601Fecha de Nacimiento del alumno: 07/03/2006Tipo y N° Documento del alumno: DNI. 47257557

100	EVA PERAZ 5285 V. P. 24/20	Teléfono	N° de registro
183	9 DE JULIO 1641 L. P. 10	1134270779	Ingreso Mensual
184	DEBUAG 777	116741000	Firma

Ministerio de Turismo

DECLARACION JURADA

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: FRANCISCO FRADJAS

Domicilio del Titular: BAILEM 1545

Ciudad: GRANUP BOURG

Provincia: BUSHOS AIRB

Apellido y N° de Documento: DNI 97257554

Teléfono: 1135875311

Fecha de Nacimiento: 070306

INFORMANTE

Madre:

Padre:

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? SI NO
 Causa:
- 3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
 (*) Síntomas:
 Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
 Especificar: LOTRIAL 2,5 c/12 HS
- 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: OPERADO D. C.I.V.
- 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: PROBLEMAS EN CADERAS

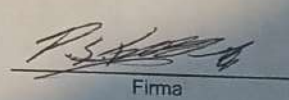
VAS (Indicar Cantidad de Dosis) COMPLETO

ABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: Teléfono:

Médica: Teléfono:


Firma

Dirección General de Cultura y Educación



Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.**

Por la presente autorizo a mi hijo/a FRANCISCO JOAQUÍN FRANZOLIS,
 DNI N° 47257557, domiciliado en la calle BAILLEN 1545
 ...de la localidad de GRAND BOULE, T.E. 1135075311
 que concurre al Establecimiento Educativo: **E. E. S. N°501** del distrito Malvinas Argentinas a
 participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "**Jóvenes y
 Memoria**" a realizarse en la localidad de "**General Pueyrredón**", el/los días **06,07,08 y 09 de
 Diciembre** del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha
 salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de
 transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la
 planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo
 criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales
 médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero
 inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán
 responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: GRAND BOULEFecha: 10/11/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 25 296293

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad
 (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

1135075311 PAPA
1144083601 MAMA

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha: 10/11/22

Apellido y Nombres del Alumno: FRADIAS FRANCISCO JOAQUIN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: FRADIAS PABLO SEBASTIAN

Dirección: BARRIO 1543 Teléfono: 1135875311

Lugar a Viajar: CHADAYMALAL

1. ¿Es alérgico? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] si (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? LOTNAL 2,5 c/12 HS

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer

el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija FRANCISCO JOAQUIN FRADIAS en GRAND BOULE a los 10 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

[Firma manuscrita] Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

PABLO S. FRADIAS Aclaración de la Firma

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 30, 08, 22

Apellido y Nombres del Alumno ABEL CISTENA AYELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal SANDRA MAEMI ROPKOWICZ

Dirección 9 DE JULIO 1649 Teléfono 996296898

Lugar a Visitar CHAPADMAL

1. ¿Es alérgico? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? AL SOL

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios (x)
- b) Fracturas o esguinces (x)
- c) Enfermedades infecto-contagiosas (x)
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer

el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija CISTENA ABEL en Los Palmares a los 10 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Sandra

Representante Legal

Aclaración de la Firma

Sandra

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

ABRIL CISTERNA AVELEEN

Domicilio del Titular

9 DE JULIO DE 1641

Cada

LOS POLVORINES Provincia

BS AS

Código y N° de Documento

47.688.070

Teléfono

1162168998

Fecha de Nacimiento

FAMILIAR

Madre: Padre:

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?

SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI NO

TRATAMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico?

SI NO

Especificar:

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI NO

Especificar:

3. Presenta alguna limitación física?

SI NO

Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BIN:

BUENA

BCG:

SARAMPION:

TRIPLE:

PERSONAS DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido:

ABRIL CISTERNA

Teléfono:

Médica:

Teléfono:

Bauelzand
Firma

24/04/06	5 de Julio 1641 L.P.V.	1134270779	de registro	Ingreso Mensual	Firma
----------	------------------------	------------	-------------	-----------------	-------

Dirección General de Cultura y Educación



Corresponde Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABRIL CISTERNA AYELEN
 DNI N° 47.688.010, domiciliado en la calle 9 DE JULIO DEL 1641
 ...de la localidad de LOS PALMEROS, T.E.
 que concurre al Establecimiento Educativo: **E. E. S. N°501** del distrito Malvinas Argentinas a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "**Jóvenes y Memoria**" a realizarse en la localidad de "**General Pueyrredón**", el/los días **06,07,08 y 09 de Diciembre** del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BUENOS AIRES
 Fecha: 24 DE ABRIL DEL 2007

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 47.688.010

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Turismo Social

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: IARA MAYTE RODRIGUER

Domicilio del Titular: 1415 VERNET 2738

Ciudad: 6. BOCA Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 47683985 Teléfono: 011 1539163779

Fecha de Nacimiento: 17/12/06

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: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

TORRES Gabriela

Teléfono:

02320 487754

Teléfono:

Cobertura Médica:

N° Afiliado:

[Firma]
Firma

Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha..... /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno Rodriguez Juan Pate

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Torres Gabriela Alejandra

Dirección Cu. Vernet 2138 Teléfono 011-75391603719

Lugar a Viajar

1. ¿Es alérgico? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras: _____

3. ¿Está tomando alguna medicación? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?.....

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: _____

5. ¿Tiene Obra Social? si no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

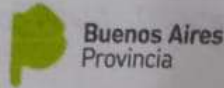
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Rodriguez Juan Pate en 6 de Paraguay a los 10 días del mes de NOVIEMBRE del año 2019, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

[Firma]
Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Torres Gabriela
Aclaración de la Firma

Dirección General de Cultura y Educación



Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.

Por la presente autorizo a mi hijo/a Rodriguez Juan Payte
DNI N° 4760398 domiciliado en la calle Av. Venet 2730
...de la localidad de G. Bourg T.E. 011-1539163779
que concurre al Establecimiento Educativo: **E. E. S. N°501** del distrito Malvinas Argentinas a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "**Jóvenes y Memoria**" a realizarse en la localidad de "**General Pueyrredón**", el/los días **06,07,08 y 09 de Diciembre** del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos y otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Grand Bourg
Fecha: 10/12/2022
Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Signature]

DNI N° Torner Gabriela
34760.288

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: GUEVARA JORDAN IAN SEBASTIAN
 Domicilio del Titular: PERU 3578
 Ciudad: GRANDBOURG
 Tipo y N° de Documento: 47030408
 Provincia: BS AS
 Teléfono: 1130950586
 Fecha de Nacimiento: 150506

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros(especificar): Abuelo

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
 SI NO Cual? Autismo, TGD, Problemas del sueño

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

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: por el trastorno del sueño y Autismo

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

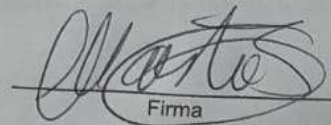
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: Todas SARAMPION: Todas TRIPLE: Todas

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Miguel Maestre (abuelo-tutor) Teléfono: 1131644482
 Cobertura Médica: SANIDAD (FATSA) Teléfono: 0-800-999-7264
 N° Afiliado: 20-23619331-5-04


Firma

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.

Por la presente autorizo a mi hijo/a JORDAN IAN SEBASTIAN GUEVARA
DNI N° 47030408, domiciliado en la calle PERU 3578
...de la localidad de GRAND BOURG, T.E. 1130950586,
que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°501 del distrito Malvinas Argentinas a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", el/los días 06,07,08 y 09 de
Diciembre del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: País Bs. As.

Fecha: 10-11-2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 21729886

Maestra Silvia

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

1131644482 Miguel Maestre (abuelo)

1164665050 Suarez Omar.



Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 10/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno JORDAN IAN SEBASTIAN GUEVARA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal SILVIA MAESTRE

Dirección PERU 3548 Teléfono 1130950586

Lugar a Viajar CHAPALMALAL

1. ¿Es alérgico? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? mebto 1

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer

el personal médico y docente a cargo: debe tomar 2 mebto 1 x noche

5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet. ✓

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija GUEVARA JORDAN IAN SEBASTIAN en Para Bs As a los 11 días del mes de noviembre del año 2022, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal

Maestre Silvia K
Aclaración de la Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

LAURA ANTONIO VILLALBA

Domicilio del Titular

GUAYASQUIL VILLA

Ciudad

PARATEMOCQUES

Provincia

BOGOTÁ

Teléfono

7725467898

Tipo y N° de Documento

41845320

Fecha de Nacimiento

7/20/08

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

Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 1

BCG: 1

SARAMPION: 2

TRIPLE: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

MARIA LAURA LAVAL

Teléfono:

11-2546-184

Cobertura Médica:

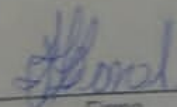
OSDE

Teléfono:

11-514 994

N° Afiliado:

62-259022603


Firma

Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 10/11/22

Apellido y Nombres del Alumno ROMERO LAUTARO MIGUEL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal LAVAL MARLA LAURA

Dirección OLAYACUIL 1227 Teléfono 11 2546 1848

Lugar a Viajar GENERAL PUEYRREDÓN

1. ¿Es alérgico? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer

el personal médico y docente a cargo:

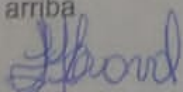
5. ¿Tiene Obra Social? sí no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija ROMERO LAUTARO MIGUEL

en PABLO NOVOLES a los 10 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022 autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo

dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.


Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal

LAVAL M. LAURA
Aclaración de la Firma

Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL.**

Por la presente autorizo a mi hijo/a BOHEZO LAUTARO MIGUEL.....
 DNI N° 98.895.320..... domiciliado en la calle QUAYADUNA 1227.....
 de la localidad de PABLO NOQUES..... T.E. 11-2546-1848.....
 que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°501 del distrito Malvinas Argentinas a
 participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
 Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", el/los días 06,07,08 y 09 de
 Diciembre del presente año lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

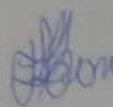
Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: PABLO NOQUESFecha: 10-11-2022.

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:


 Lautaro Miguel Bohozo
DNI N° 31.607.304

Teléfono de Urgencia (Consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

11-25461848 (MAMA)11 51 119943 (PAPA)