

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: ITUZAINGO 09/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a DIAZ BRANDON EMANUEL 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 CHAPADMA LAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. NATALIA FRANZECE - TELMA ZAMPINI - EDGARDO VIDELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

E.E. 5 N° 16

Fecha de ingreso:

2019  
12-12-2022

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

Aclaración:

Virginia Videla

Domicilio:

REPUBLICA DEL PARAGUAY 2783

Localidad:

ITUZAINGO

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI:

Teléfono:

11-3462-3093

Fecha de nacimiento el/la menor:

19/10/2005

Tipo y N° documento el /la menor:

D.N.I. 47.015.255

1. DATOS

Nombre y Apellido: BRANDON EDUARDO DIAZ  
Domicilio del Titular: REP. DEL SALVADOR 2783  
Ciudad: FFUZARINGO Provincia: BSAS  
Tipo y N° de Documento: DNE470152ES Teléfono: 1134623093  
Fecha de Nacimiento: 191005

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)

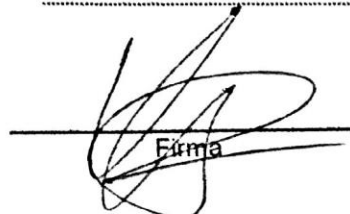
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 4 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: VIRGINIA PONCE (19ma) Teléfono: 1134623093

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

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a DÍAZ EMANUEL BRANDON  
DNI N° 47.016.255, domiciliado en la calle REPÚBLICA DE JAMAICA 2783  
de la localidad de ITUZAINGO Teléfono 1134623093  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y  
MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35  
1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del  
presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGO

Fecha: 07/11/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

[Firma]  
Virginia B. Rosa



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 07/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno DÍAZ EMANUEL BRANION

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

Virginia Ponce

Dirección Rep. del Salvador 2783 Teléfono 1134623093

Lugar a viajar CHATA MALAL PUNTA DEL VIEJO

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

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

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

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

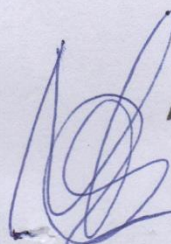
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en CHATA MALAL a las 12 Hrs. AL DIA días del mes de NOVIEMBRE

del año 2022 autorizando si 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

Aclaración de la Firma

 Virginia Ponce







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: ITUZAINGO 09/11/2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a Romero, Franco Mariano 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 Natalia Franzese - Telma Zampini - Edgardo Videla que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S 16

Fecha de ingreso: 2019

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

Aclaración: Torres Paula Lorena

Domicilio: Pasaje Habana 2734

Localidad: ITUZAINGO

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI: 25.465.302

Teléfono: 11-2484-2055

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/12/2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 45.323.578



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: PAULA LORENA TORRES  
Domicilio del Titular: PASAJE HABANA 2734  
Ciudad: ITUZAINGO Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 25965302 Teléfono: 11 2484 2055  
Fecha de Nacimiento: 230577

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: Alergico al Paracetamol y derivados (convulsiones)  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis) Calendario Completo.

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Paula Lorena Torres Teléfono: 11-2484-2055  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 11-6626-8019  
N° Afiliado: K259653022/02

  
Firma

ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a Romero, Franco Mariano  
DNI N° 45.323.578, domiciliado en la calle Pasaje Habana 2734  
de la localidad de ITUZAINGO Teléfono 11-2484-2055  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se deberán informar y fundamentar al regreso

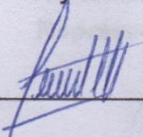
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

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: ITUZAINGO

Fecha: 08 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 Torres, Paula



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 03 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno Romero, Franco Mariano

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Torres, Paula Lorena

Dirección Pasaje Habana 2734 Teléfono 11-2484-2055

Lugar a viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿A qué? Paracetamol y derivados

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: Gripe

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

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

Alergico a Paracetamol

5. ¿Tiene Obra Social? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en ITUZAINGO a las 3 días del mes de Noviembre

del año 2022 autorizando Si 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



Aclaración de la Firma

Torres, Paula







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: ITUZAINGO 09 DE NOVIEMBRE 2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORENO LARA VICTORIA 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 CHAPAD MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es NATALIA FRANZECE - TELMA ZAMPINI - EDGARDO VIDELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. Nº 16

Fecha de ingreso: 12-12-2022

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

Aclaración: NATALIA BELEN OJIZ

Domicilio: PAUL GROSSAC Nº 2370

Localidad: ITUZAINGO'

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y Nº doc: DNI 28 424 797

Teléfono: 1137879483

Fecha de nacimiento el/la menor: 16-01-2007

Tipo y Nº documento el /la menor: 47.793.026



1. DATOS

Nombre y Apellido: MORENO LARA VICTORIA  
Domicilio del Titular: PAUL GROUSSAC 2370  
Ciudad: ITUZAINGÓ Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 47793026 Teléfono: 11270534567  
Fecha de Nacimiento: 16/07/07

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 Dosis BCG: 1<sup>o</sup> Dosis SARAMPION: 3<sup>o</sup> Dosis TRIPLE: 4 Dosis COVID: 3<sup>ra</sup> Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: NATALIA OJIZ - PETROBONI CRISTINA (MAMA) Teléfono: 1137879483 (MAMA)

Cobertura Médica: ..... Teléfono: 1140832275 (T.A)

N° Afiliado: .....

  
Firma



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORENO LARA VICTORIA  
DNI N° 47.793026, domiciliado en la calle PAUL GROUSSAC 2370  
de la localidad de ITUZAINGO' Teléfono 1137879483  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se deberán informar y fundamentar al regreso

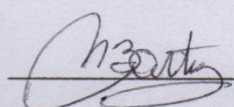
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

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: ITUZAINGO' CP. 1714.

Fecha: 03 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 NATALIA BELÉN ORTIZ



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 03.11.2022

Apellido y Nombres del Alumno: MORENO LARA VICTORIA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: ORTIZ NATALIA BELEN

Dirección: PAUL GROUSSAC 2370 Teléfono: 1134879483

Lugar a viajar: CHAPAD MALAL RUTA 11 KM 35 1/2

1. ¿Es alérgico?  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  NO

b) Fracturas o esguinces  NO

c) Enfermedades infecto-contagiosas  NO

d) Otras: ..... NO .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

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

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en JUZAINGÓ a los 03 días del mes de NOVIEMBRE

del año 2022 autorizando Si 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

NATALIA BELEN ORTIZ Aclaración de la 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: Ituzaingo 10/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Leonel Maximiliano Ramos 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 Natalia Franzese - Telma Zampini - Edgardo Videla que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 16

Fecha de ingreso: 12-12-2022

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

Aclaración: Ramos Leonel Maximiliano

Domicilio: Aguarí Bay 2730

Localidad: Ituzaingo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 44793715

Teléfono: 1162103174

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/02/2003

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 44.793.715



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LEONEL RAMOS MAXIMILIANO  
Domicilio del Titular AGUARI BUENOS AIRES  
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento NNF44793719 Teléfono 1162103174  
Fecha de Nacimiento 190203

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 TRIPLE: 4 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Lorena Fernández Teléfono: 1162103174  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ramos Leonel  
DNI N° 44.793.715, domiciliado en la calle aguaribay 2730  
de la localidad de Ituzaingo Teléfono 1162103174  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se deberán informar y fundamentar al regreso

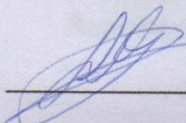
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

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: Ituzaingo

Fecha: 8 / 11 / 22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

  
Leonel Maximiliano Ramos



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha... 8 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno... Ramos Leonel Maximiliano

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

Dirección... Aguari Bay 2730 ..... Teléfono... 1162103174

Lugar a viajar... Chapakmalay

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? (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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)

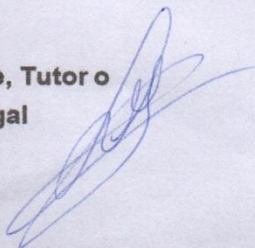
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en... Aguari Bay ..... a las... 17:30 ..... días del mes de... 8/11/22

del año... 2022 ..... autorizando... Si... 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



Ramos Leonel Maximiliano  
DNI = 44.793.715  
Aclaración de la Firma







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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: ITUZAINGO 09/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hija Altamirano, Leyla Melody 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, Sr<sup>as</sup> / es Natalia Franzece - Telma Zampini - Edgardo Videla que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E. E. S<sup>ñ</sup> 16

Fecha de ingreso: 12/12/2022

Debona Martinez

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

Aclaración: Debona Martinez

Domicilio: Paul Groussac 2462

Localidad: ITUZAINGO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 25.733.550

Teléfono: 1165948173

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/06/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45 147.800



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LEYLA MELUOSY ALTAMIRANO  
Domicilio del Titular PAUL GROVESAC 2462  
Ciudad ITUZINGO Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 45147800 Teléfono 1565948173  
Fecha de Nacimiento 140609

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) CALENDARIO de vacunación completo.

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DEBORA MARTINEZ Teléfono: 1565948173

Cobertura Médica: VIA SANO Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 45147800

[Firma]  
Firma





ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALTAMIANO, LEYLA MELODY  
DNI N° 45.147800, domiciliado en la calle PAUL GROUSSAC 2462  
de la localidad de ITUZAINGÓ Teléfono 1565948173  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGO

Fecha: 04 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Deborah Martinez Deborah Martinez.



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha 04.11.2022

Apellido y Nombres del Alumno ALTAMIRANO, LEYLA MELODY

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

Dirección PAUL GROUSSAC 2462 Teléfono 1565948173

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico?  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? (Tachar lo que no corresponda) NO

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

5. ¿Tiene Obra Social? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)

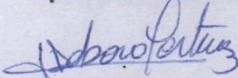
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en PAUL GROUSSAC a las 17 hs días del mes de Noviembre

del año 2022 autorizando si 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



Aclaración de la Firma

Debora Martinez







AMIRANO 6'3

ViaSano  
+ SALUD

AL TAMIRANO LEXIA MELODY  
45147800 20-27380484-7  
OSMISS

Supendencia de Servicios de Salud - Organismo de Control  
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO  
0800-362-8427

Esta tarjeta es personal, e intransferible para uso exclusivo  
del titular. Tendrá validez acompañada por su D.N.I.

encuadernado



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Ituzaingo 09/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GONZALEZ LUCAS 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 CHAPADMA LAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es NATALIA FRANZESI, HELMA ZAMPINI, EDUARDO VIDELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. nº 16

Fecha de ingreso: 12/12/2022

Alanis

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

Aclaración: ALANIS DOMINA

Domicilio: SAN SALVADOR 3770.

Localidad: ITUZAINGO.

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: DNI 32237780.

Teléfono: 1161807587.

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/03/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47.859.564



1. DATOS

Nombre y Apellido LUCCAS ALEJANDRO GONZALEZ  
Domicilio del Titular SAN SALVADOR 3970  
Ciudad ITUZAINGO Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 47859364 Teléfono 1161807882  
Fecha de Nacimiento 09/07/07

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: PREVENTIVO DE ASMA.

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: POMBA ALAVIS

Teléfono: 1161807882

Cobertura Médica: PAMI

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 155409705907/04

Alavis.  
Firma



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCAS ALEJANDRO GONZALEZ  
DNI N° 47.859.564, domiciliado en la calle SAN SALVADOR 3770  
de la localidad de ITUZAINGO. Teléfono 1161807587  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGO

Fecha: 2 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

A Luis ALANIS ROMANA



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha... 3 / 11 / 2022  
Apellido y Nombres del Alumno... GONZALEZ LUCA ALEJANDRO  
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal  
ALANIS ROMINA  
Dirección... SAN SALVADOR 3770 Teléfono... 1161804587  
Lugar a viajar... CHAPADMALAL RUTA 11 KM. 35

1. ¿Es alérgico? ~~Si~~ No (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿A qué?.....

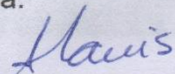
2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces   
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? (Tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

5. ¿Tiene Obra Social? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.  
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en... ITUZAINGA... a las... 3... días del mes de... NOVIEMBRE  
del año ... 2022... autorizando ~~Si~~ 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

ALANIS ROMINA  
Aclaración de la Firma







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

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Ixozimigé 8/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARTIN A. VERGARA 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 CHAPD WICAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. FRANZESE NATALIA, VIDELA EDUARDO y ZAMPINI TERESA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 16

Fecha de ingreso: 12/12/22

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

Aclaración: José Javier Vergara

Domicilio: Avenida 2091

Localidad: Ixozimigé

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 24796340

Teléfono: 11.55628293

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/05/05

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46277297



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARTINA ABRIL VERGARA  
Domicilio del Titular ALHAMBRO 2097  
Ciudad IYUZAIMAO Provincia BS AS  
Tipo y N° de Documento DN 146277297 Teléfono 1164684221  
Fecha de Nacimiento 240505

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: c BCG: c SARAMPION: ✓ TRIPLE: ✓ COVID: 4°

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Jose Vergara Teléfono: 1155628293

Cobertura Médica: NO Teléfono: -

N° Afiliado: -

Firma



Corresponde al Expediente N.º 5802-1701421/17

ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARTINA ABRIL VERGARA  
DNI N.º 46277297, domiciliado en la calle ALMAGRO 2091  
de la localidad de ITUZAINGO' Teléfono 11-5562-8293  
que concurre al Establecimiento Educativo N.º EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/12 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGO'

Fecha: 03 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

M. José Javier Vergara



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 03 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno VERGARA MARTINA ABRIL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal VERGARA JOSE JAVIER

Dirección ALMAGRO 2091 Teléfono 11-5562-8293

Lugar a viajar CHAPADMALAL RUTA 11 Km 35 1/2

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

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

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

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en ITUZAINGO a las 03 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

Jose Vergara Aclaración de la Firma







**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

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

Lugar y Fecha: 9/11/2022 Ituzaingo


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a M. LAS ROS MEDINA 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 que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Escuela Secundaria N°16

Fecha de ingreso: 12/12/22

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

Aclaración: Tabuchení Yáñez

Domicilio: Haiti Sol

Localidad: Ituzaingo

Provincia: Bs AS

Tipo y N° doc: DNI 28881614

Teléfono: 1588550700

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/09/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45.687.941



1. DATOS

Nombre y Apellido: MILLAGROS MEDINA

Domicilio del Titular: HATISOS

Ciudad: JUZERIAÑO Provincia: BASAS

Tipo y N° de Documento: DNI 45687941 Teléfono: 1554058139

Fecha de Nacimiento: 1292004

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: NINGUNA TRIPLE: 2 COVID: 2 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MONICA YARUCHIWI Teléfono: 1558550700

Cobertura Médica: O.S.C.E.CAC Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a MEDINA MILAGROS AYLEN  
DNI N° 45687941, domiciliado en la calle HAITI 508  
de la localidad de ITUZAINGO Teléfono 1558550700 (MAMÁ)  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: Ituzaingo, Haiti 508

Fecha: 06 / 11 / 22



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 04/11/22

Apellido y Nombres del Alumno MEDINA, Milagros Aylén

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

TABUCHINI MÓNICA NOEMI  
MEDINA, EDUARDO GERMAN

Dirección HAITI, SSR Teléfono 1558550700 (MAMA)

Lugar a viajar CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35

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? (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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 consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija MEDINA, Milagros

en HAITI, SSR a las 6 días del mes de DIC

del año 2022 autorizando SI 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

*[Handwritten signature]*

Aclaración de la Firma

Tabuchini Mónica







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: Ituzaingo 9/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Russo Naira Noel 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 Natalia Franzese - Telma Zampini - Edgardo Videla que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. 16

Fecha de ingreso: 12/12/2022

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

Aclaración: Alejandra Gutierrez

Domicilio: Monroe 2227

Localidad: Ituzaingo

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: D.N.I. 20.022.694

Teléfono: 11.41580796

Fecha de nacimiento el/la menor: 22/03/2005

Tipo y N° documento el /la menor: D.N.I. 46.412.921



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

WALTER RAFAEL RUSSO

Domicilio del Titular

MONROE 2277

Ciudad

ITUZAZINGO

Provincia

Buenos Aires

Tipo y N° de Documento

DNI 46412921

Teléfono

115529398

Fecha de Nacimiento

22/03/05

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)

Calendario de vacunación completa

SABIN: .....

BCG: .....

SARAMPION: .....

TRIPLE: .....

COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Alexandra Gutierrez

Teléfono:

1141580796

Cobertura Médica:

Ioma

Teléfono: .....

\* Afiliado:

1167 552120/06

Firma







## ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Russo Naira Yael  
DNI N° 46.412.921, domiciliado en la calle Monroe 2227  
de la localidad de Ituzaingo Teléfono 1141580796  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y  
MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35  
1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del  
presente ciclo 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 se 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: Ituzaingo

Fecha: 3 / 11 / 22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Alexandra Gutierrez



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha... 3... / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno... Russo Natalia Noel

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

Dirección... Monroe 2227 Teléfono... 1141580796

Lugar a viajar... Chapadmalal

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? (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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

.....

5. ¿Tiene Obra Social? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)

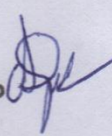
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en... Monroe ..... a las 18hs 8 días del mes de Noviembre

del año 2022 autorizando ~~se~~ 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



Alejandra Gutierrez  
Aclaración de la Firma







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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

v

Lugar y Fecha: ITUZAINGO 09 DE NOVIEMBRE 2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORENO SEBASTIAN 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 NATALIA FRANZECE - TELMA ZAMPINI - ENCARDO VIDELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 16

Fecha de ingreso: 12-12-2022

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

Aclaración: NATALIA BELÉN ORTIZ

Domicilio: PAUL GROSSAC N° 2370

Localidad: ITUZAINGO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 28.424.797.

Teléfono: 1137879483

Fecha de nacimiento el/la menor: 15-12-2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 45 995 648



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MORENO SEBASTIAN GABRIEL  
Domicilio del Titular PAUL GROUSSAC Nº 2370  
Ciudad ITUZAINGO Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNE 45995648 Teléfono 1178957479  
Fecha de Nacimiento 151204

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: SE LE SIERRA EL PECHO Y NECESITA PAF

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)

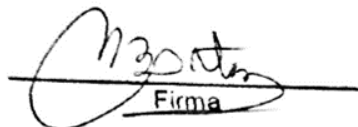
SABIN: 5 Dosis BCG: 1 Dosis SARAMPION: 3 Dosis TRIPLE: 5 Dosis COVID: 3º Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ORTIZ NATALIA o PETROBONI M. CRISTINA (MAMA) Teléfono: 1137879483 (MAMA)

Cobertura Médica: (TIA) Teléfono: 1140832275 (TIA)

N° Afiliado:

  
Firma





ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORENO SEBASTIAN GABRIEL  
DNI N° 45.995648, domiciliado en la calle PAUL GROUSSAC 2370  
de la localidad de ITUZAINGÓ Teléfono 1137879483  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGÓ C.P. 1714

Fecha: 03 / 11 / 2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Natalia Belen Ortiz



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 03.11.2022  
Apellido y Nombres del Alumno MORENO SEBASTIAN GABRIEL  
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal ORTIZ NATALIA BELEN  
Dirección PAUL GROSSAC 2370 Teléfono 1137849483  
Lugar a viajar CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2

1. ¿Es alérgico? Si/ ~~No~~ (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿A qué? AL CAMBIO DE CLIMA

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

- a) Procesos Inflamatorios  NO
- b) Fracturas o esguinces  NO
- c) Enfermedades infecto-contagiosas  NO
- d) Otras: .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?


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

5. ¿Tiene Obra Social? ~~Si~~/ No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en ITOLAINCO a los 03 días del mes de NOVIEMBRE  
del año 2022 autorizando Si 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

NATALIA BELEN ORTIZ  
Aclaración de la Firma







DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: ITUZAINGÓ 9/11/22


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hija LÓPEZ HERAERA VALENTINA 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 CHAPAD MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>as</sup> NATALIA FRANZECÉ - TELMA ZAMPINI - EDGARDO VIOLA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N-16

Fecha de ingreso: 12/12/2022

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

Aclaración: VALENTINA LÓPEZ

Domicilio: CARABOBO 2241

Localidad: ITUZAINGÓ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: D.N.I 45 315 649

Teléfono: 11 33 88 - 18 35

Fecha de nacimiento el/la menor: 15/10/2003

Tipo y N° documento el /la menor: D.N.I 45 315 649



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: LOPEZ HERBERA VALENTINA  
Domicilio del Titular: CABABOBO 2241  
Ciudad: ITUZAINGO Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 145315649 Teléfono: 11 3388 1835  
Fecha de Nacimiento: 757003

2. INFORMANTE

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

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) CALENDARIO DE VACUNACION COMPLETO

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: NOELIA LOPEZ Teléfono: 11 3388 - 1835  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



ANEXO VI

**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a LOPEZ HERBERA VALENTINA  
DNI N° 45 315 694, domiciliado en la calle CARA BOBO 2241  
de la localidad de ITUZAINGO Teléfono 11 33 88 - 1835  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y  
MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35  
1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del  
presente ciclo 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 se 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: ITUZAINGO

Fecha: 3 / 11 / 22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

  
VALENTINA LOPEZ



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 3 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno LOPEZ HERBERA VALENTINA

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

Dirección CARABOBO 2241 Teléfono 11 33 88 - 1835

Lugar a viajar CHAPAD MALAL RUTA 11 KM 35 1/2

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? (Tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál es el diagnóstico y la prescripción médica?

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 consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en CARABOBO 2241 a las 3 días del mes de 11

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

Aclaración de la Firma

VALENTINA LOPEZ







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

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: MERLO, 9/11/22

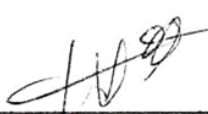
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CABRERA, VICTORIA 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 CHAPALTRALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. NATALIA FRANZOSE y TEIYA ZATUPINI EDGARDO VIDELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 16

Fecha de ingreso: 12/12/22

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

Aclaración: ANDREA SEPULVEDA

Domicilio: BENTON 16 16

Localidad: S.A. DE PADUA (Merlo)

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI: 24.113.248

Teléfono: 1533687239

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/12/05

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 46.503.794



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

V I C T O R I A A Y L E N C A B R E R A

Domicilio del Titular

B E R T O L E A G A G

Ciudad

M E R L O

Provincia

B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento

D N 4 6 5 0 3 7 9 4

Teléfono

1 1 5 5 0 9 6 1 9 2

Fecha de Nacimiento

1 0 1 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) CALENDARIO COMPLETO.

SABIN: \_\_\_\_\_

BCG: \_\_\_\_\_

SARAMPION: \_\_\_\_\_

TRIPLE: \_\_\_\_\_

COVID: \_\_\_\_\_

3 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANDREA ROSANA SEPUEIRA

Teléfono: 15 33 65 7239

Cobertura Médica: OSPSA (SANIDAD)

Teléfono: 0800 999 7264

N° Afiliado: 27-24113249-3-03

Firma



ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a CABRERA, Victoria Ayleen  
DNI N° 46.503.74 domiciliado en la calle BERTOLDI 1616  
de la localidad de S.A. DE PARAYARI Teléfono 1533 657239  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES 16 del distrito ITUZAINGO  
a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA 2022 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2 el/los día/días 12/12/22 al 15/12/22 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo 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 se 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: Merlo

Fecha: 7, 11, 22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

ANDREA SEPULVEDA

DNI N°: 24 113 248

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participan en...



ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 7 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno CABRERA, Victoria Ayleen

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

SEPUEIRA, ANDREA

Dirección Bentley 1616, PADUA Teléfono 1533657239

Lugar a viajar CHAPADMALAL RUTA 11 KM 35 1/2

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: ¿cual?, con diagnóstico y prescripción médica.

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 consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

CABRERA VICTORIA AYLEEN

en Trabuco a los 7 días del mes de Noviembre

del año 2022 autorizando Sí 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.















