

# Turismo Social

Institución Escuela Educación  
Secundaria N° 2 - Bellocq.

Mes 11 Año 22

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Kiara Nazemín Ayra Castro	DNI 46684.969	18/5/2006	Bellocq	2314-415844	Kiara Ayra
MORENA JESSICA CARO	DNI 45.570.168	17/01/2004	La Roja N° 242 - Cs. Cs	2386-441317	MORENA CARO
VALENTINA MORENA CARREZO	DNI 46.938.730	20/09/2005	Bellocq	2395-410587	VALENTINA CARREZO
heliana Gabriela Cusco	DNI 26.906.070	26/10/1978	Bellocq	2386-423610	
GASTON GALVAN BARTAGAN	DNI 47.682.702	12/04/2006	Bellocq	2386-543302	
FACUNDO GONZALEZ	DNI 47.215.098	16/05/2006	SANTA MARIA	2386-540205	FACUNDO GONZALEZ
SIMON GONZALEZ	DNI 46.938.801	20/07/2005	Bellocq	2386-440148	
HECTOR MELIAN HERNANDEZ	DNI 46.938.853	05/09/2005	Bellocq	2386-440948	MELIAN HERNANDEZ
GUADALUPE BELLA JARDOLABAY	DNI 47.160.205	17/02/2006	Bellocq	2386-441163	GUADALUPE JARDO
Nicolas Martin	DNI 47.087869	10/02/2006	Bellocq	2386-516442	
Bautista GERARDO MORENO	DNI 47.055.219	19/06/2006	Bellocq	2386-421638	BAUTISTA
Mariana Osti	DNI 47.064.625	25/11/2005	Simon Bolivar 440	2314-542416	Mariana Osti
Fernando JUAN REIZA	DNI 47.279.905	17/03/2005	Bellocq	2386-518686	fernando Reiza
Tomas Tomas	DNI 47.087.716	24/11/2005	Bellocq	2386-510733	Tomas Tomas
Silvestre Vaccaro	DNI 47.017.684	16/01/2006	Bellocq	2345-501914	SILVESTRE VACCARO

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: Belloq 31-10-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Kiara Nazmin Ayra Castro 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 CHAPACMACAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es KIARA NAZMIN AYRA CASTRO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2.

Fecha de ingreso: 03.12.2022

Mario Mercedes Castro  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Mario Mercedes Castro.

Domicilio: BELLOCG

Localidad: CARLOS CASARES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 28142083

Teléfono: 2395 413614

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/05/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 46694969



Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: KIARA JAZMIN AYRA CASTRO

Domicilio del Titular: BELLOCQ CALLE 98

Ciudad: Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46694969 Teléfono: 2395 413614

Fecha de Nacimiento: 180506

## 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)

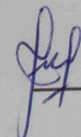
SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CENTRO MEDICO CHAPALMADAL / Mariana Corso Teléfono: 2396 423610

Cobertura Médica: OS PRERA A CARGO DEL GRUPO Teléfono: .....

N° Afiliado: 46694969

 María Mercedes Castro  
Firma



ORDEN

## GRUPO FAMILIAR

DNI

01	CASTRO MARIA MERCEDES	28142083	DNI
02	AYRA CASTRO REBECA MARILYN	41858012	DNI
03	AYRA CASTRO CAROLINA MAILEN	44417689	DNI
04	AYRA CASTRO KIARA JAZMIN	46694969	DNI
05	AYRA CASTRO LORENZO BAUTISTA	50311447	DNI

Superintendencia de Servicios de Salud - Organo de Control

0800-222-SALUD (72583) - [www.sss.gub.uy](http://www.sss.gub.uy)

**OSP**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBAD JRE

Código O.S. 119.30

**A F I L I A D O**

Apellido y Nombre:

AYRA MARCELO JAVIER

Nº de CUIL:

20-26244692-2

Boca de Expendio Nº:

02-77000422-8

\* La Exhibición de esta Credencial ante la Boca de Expendio, facilitará el acceso a la cobertura, como así también podrá ser requerida por el prestador

Ante cualquier dificultad llame GRATIS al 0 800 777 8725

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Belloq 28-10-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORENA ILEANA CARO 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 CHAPALMAIAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Mariana Gabriela Cusió.  
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 2

Fecha de ingreso: 03-12-2022

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

Aclaración: MARINA MARTINEZ

Domicilio: EST. MI QUERENCIA

Localidad: BELLOQ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 28.289.838

Teléfono: 2396-437752

Fecha de nacimiento el/la menor: 17-01-2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 45.570.168



## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido MORENA ILEANA CARO

Domicilio del Titular EST MI QUERENCIA BELLOCA

Ciudad C. CASARES Provincia BUENOSAIRES

Tipo y N° de Documento DNI 45570168 Teléfono 2396437752

Fecha de Nacimiento 170104

## 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: AMIGDALAS

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

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUZIANA GABRIELA CUSCO Teléfono: 2396.423610

Cobertura Médica: — Teléfono: —

N° Afiliado: —

  
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: Belloq 31.10.2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA CARRIZO 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 CHAPALMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(a) LUCIANA GABRIELA CASCO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº2

Fecha de ingreso: 03.12.2022

MILLAN YESICA VALERIA  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MILLAN YESICA VALERIA

Domicilio: Belloq

Localidad: CARLOS CASARES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 33.003.587

Teléfono: 2396.439656

Fecha de nacimiento el/la menor: 20.09.2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46.738.930

Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido VALENTINA CARRIZO

Domicilio del Titular BELLOCP

Ciudad  Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 46738938 Teléfono 2396-439656

Fecha de Nacimiento 200905

## 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 \_\_\_\_\_ BCG \_\_\_\_\_ SARAMPION \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido HERCIANA GARRERA LUSCO Teléfono: 2396-423610

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

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

*Jaillon Perisoldo*  
Firma \_\_\_\_\_

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido VALENTINA CARRIZO  
Domicilio del Titular BELLOCQ  
Ciudad C. CASARES Provincia BS. AS  
Tipo y N° de Documento DNI 46738938 Teléfono 2396439656  
Fecha de Nacimiento 200905

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? .....

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

Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO

(\*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: HERNAN GABAZZA LUSCO

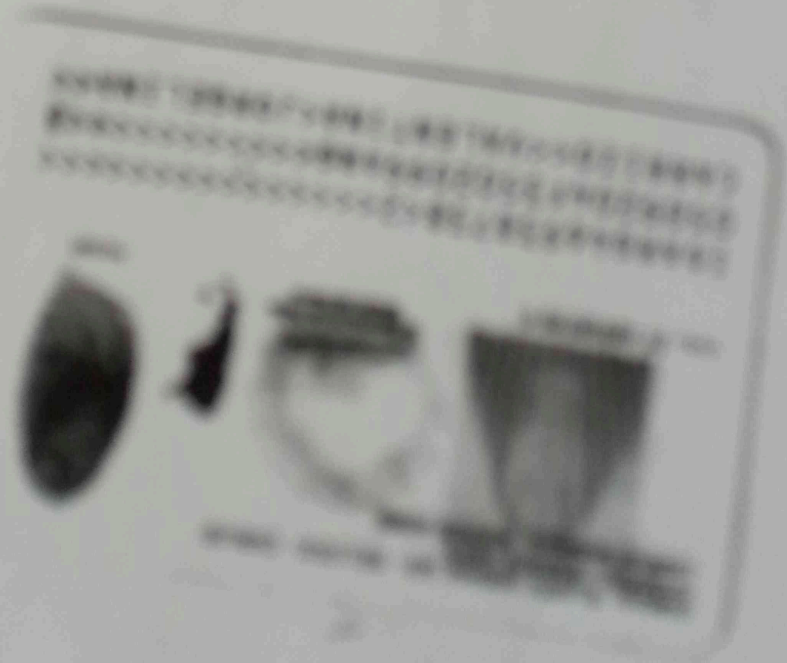
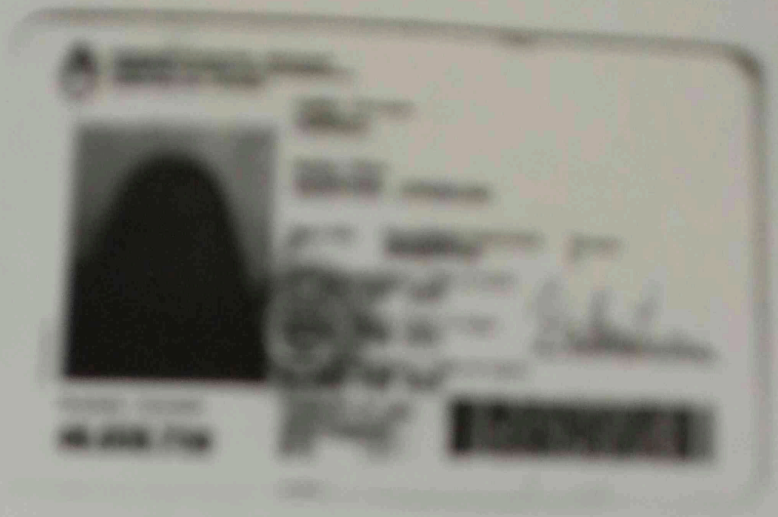
Teléfono: 2396423610

Cobertura Médica: .....

Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Milena Vesicobles  
Firma



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: Gastór Galván Barriagán  
Domicilio del Titular: planta urbana Bellocq  
Ciudad: Carlos Casares Provincia: Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento: Dn 47682702 Teléfono: 2395 494069  
Fecha de Nacimiento: ### 1 2/04/2006

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? —

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

Causa: —

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO

(\*) Síntomas: —

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: —

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: x 4 BCG: x 2 SARAMPION: x 3 TRIPLE: x 2 COVID: x 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROXANA CABRERA LUSO Teléfono: 2396-423610

Cobertura Médica: no Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Dr. GUERRERO ANTONIO  
MEDICO  
M.P. 82266

[Firma]  
Firma  
PADA BARRAGAN



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Belloq 31-10-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GASTÓN GALVÁN BARRAGÁN 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 CHAPALMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s es MEIANA GABRIELA COSA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EB N°2

Fecha de ingreso: 03-12-2022

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

Aclaración: PADA BARRAGAN

Domicilio: Belloq

Localidad: Belloq

Provincia: BUENOS AIRES

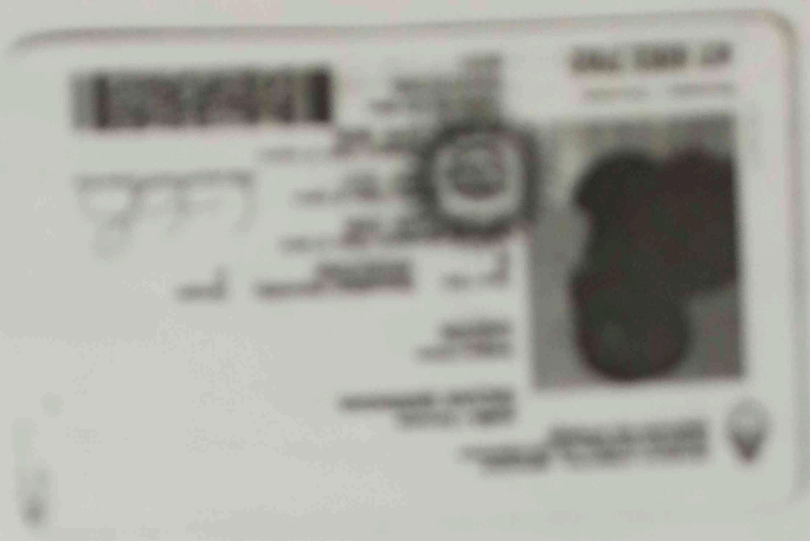
Tipo y N° doc: DNI 29.470.356

Teléfono: 2395-494069

2395.423843

Fecha de nacimiento el/la menor: 12 DE ABRIL DE 2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47682702



Director General Civil Affairs  
No. 100/2019/Dirjen  
KORPRI - (KORPRI)



Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido GASTON GALVAN BARRAGAN

Domicilio del Titular PLANTA URBANA BELLOCO

Ciudad CI Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 47602702 Teléfono 239594069

Fecha de Nacimiento 120406

## 2 INFORMANTE

Madre  Padre  Otros(especificar): \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES

- 3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_
- 3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa \_\_\_\_\_
- 3.3 Tiene algún tipo de alergia SI (\*)  NO   
(\* SÍntomas: \_\_\_\_\_  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

## 4. TRATAMIENTOS

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

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 2 SARAMPION: 3 TRIPLE 2

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON.

Nombre y Apellido LUCIANA GABRIELA USCO Teléfono: 2396 423610

Cobertura Médica No Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado \_\_\_\_\_

  
Firma