

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 FACUNDO GONZALEZ 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 CAPITAL MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUCEANA GABRIELA CUSCO 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: MAGALI PRAZA

Domicilio: EST. SANTA MARIA

Localidad: GUANACO -

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento el/la menor: 16.05.2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47 215 098



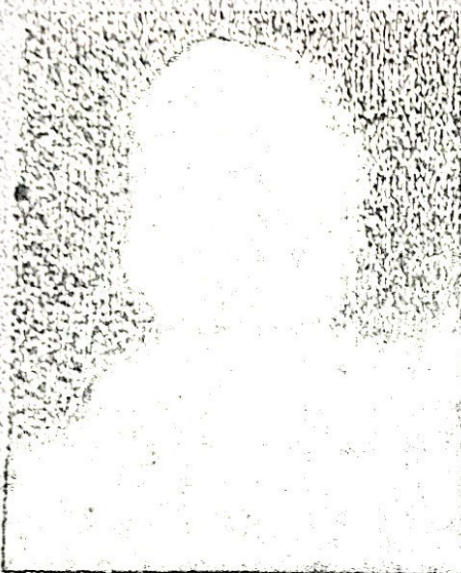








REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
 MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname

**GONZALEZ**

Nombre / Name

**FACUNDO**

Sexo / Sex

**M**

Nacionalidad / Nationality

**ARGENTINA**

Ejemplar

**A**

Fecha nacimiento / Date of birth

**07 MAY 2006**

Fecha expedición / Date of issue

**05 OCT 2021**

Fecha vencimiento / Date of expiry

**07 OCT 2036**

FIRMA IDENTIFICADA SIGNATURE

Documento / Document

**47.215.098**

Título N° / Cf. Ident.

**00680371678**

**8015**







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: Belleo 31/10/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a GONZALEZ SIMÓN 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, Sras / es MARIANA GABRIELA USCO, 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: Balboa Floria Florencia

Domicilio: Belleo Av. 14 498

Localidad: Belleo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI: 24.347.693.

Teléfono: 02395-494080.

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/07/2005.

Tipo y N° documento el/la menor: DNI: 46.938.801.



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SIMON GONZALEZ  
Domicilio del Titular: AV 14 498 BELLOCO  
Ciudad: BELLOCO Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: NN246938801 Teléfono: 02395405812  
Fecha de Nacimiento: 200705

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: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUCIANA GABRIELA CUSCO Teléfono: 2396-423610  
Cobertura Médica: IONA Teléfono:  
N° Afiliado: 2-243476936/03.

  
Firma  
BOLBONA MARIA FLORENCIA  
DN224.347.6P3

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: SIMON GONZALEZ  
 Domicilio del Titular: AV 14 498 BELLOCO  
 Ciudad: BELLOCO Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° de Documento: N 246938801 Teléfono: 02395405812  
 Fecha de Nacimiento: 200705

2. INFORMANTE

Madre:  Padre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

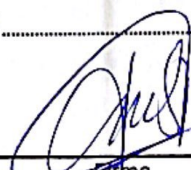
4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
 Especificar:   
 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
 4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Luciana Gabriela Coscia Teléfono: 2396 423610  
 Cobertura Médica: IOMA Teléfono:  
 N° Afiliado: 2-243476936/03

  
 Firma  
 BOBONA, MANIA Florencia  
 DNZ: 24.347.693









Buenos Aires  
Provincia

IOMA

COMARCA 3.ª  
C107 1600 1868 3340  
DOC  
EJECUTIVO  
Nº 36/21





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

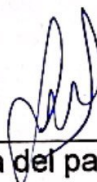
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijola HECTOR MELIAN HERNANDEZ 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 Chapichanjal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUCIANA GABARRERA CUSCÓ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: FEES N°2

Fecha de ingreso: 03-12-2022

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

Aclaración: GRUPA LILIANA CORREA

Domicilio: Belloq

Localidad: Belloq

Provincia: Buenos Aires.

Tipo y N° doc: MNI 25.577415

Teléfono: 2396.417714

Fecha de nacimiento el/la menor: 05-09-2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46 938053





## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido HECTOR MELIAN KERNANDEZ

Domicilio del Titular BELCOCOP

Ciudad  Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 46938053 Teléfono 2396-470938

Fecha de Nacimiento 050905

## 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)

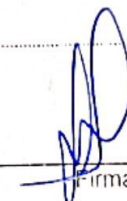
SABIN 6 BCG 1 SARAMPION 3 TRIPLE 1

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Luciana Castorena CescaTeléfono: 2396-423610Cobertura Médica: Pais

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_



Firma









INSSJP

ACTIVALA

[www.pami.org.ar](http://www.pami.org.ar)

6 0800-353-1386

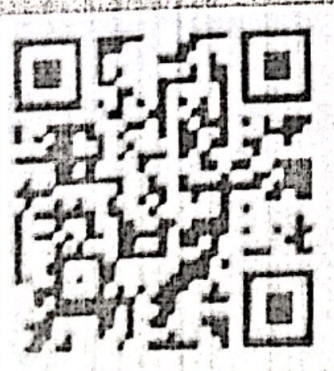
500807-78916093 01

APELLIDO Y NOMBRE

HERNANDEZ, FRANCISCO MARCELO

Nº AFILIADO

550712932540 011









**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

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

Lugar y Fecha: Belloq 1-11-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Guadalupe Ilardo 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 1 es Señora GABRIELA CASO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: B.E.S. N° 2.

Fecha de ingreso: 3-12-2022

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

Aclaración: Jugo Miguel Ilardo.

Domicilio: AV. 20 CASA 22.

Localidad: Belloq.

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI-27129673.

Teléfono: 02314 476637.

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/2/2006.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 47.160205

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: BUADALUPE BELEN LLARDO  
Domicilio del Titular: BELLOCYAVENIDA 20 NUMERO 22  
Ciudad: CARLOS CASARES Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 47160205 Teléfono: 2314 470637  
Fecha de Nacimiento: 17/2/2006

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   BCG:   x   SARAMPION:   x   TRIPLE:   x   COVID:   x  

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Centro Emergencia Hospitalal  
Cobertura Médica: IOMA  
N° Afiliado: 127.1296738/02

*D oculte a cargo.*

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

  
Firma



## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido GUADALUPE BELEN ILARDO

Domicilio del Titular BELCOCRAVENIDA 20 PUMERD 22

Ciudad CARLOS CASARES Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento NI 47160205 Teléfono 231446637

Fecha de Nacimiento 17/2/2006

## 2. INFORMANTE

Madre: Padre: 

Otros(especificar): \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO 

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO 

## 4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO 

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

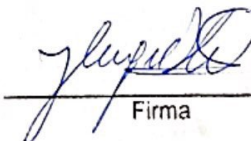
## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Centro de Emergencia Hospital Mald.Cobertura Médica: IOMA.N° Afiliado: 127.1296738/02.Docente a cargo: SHIRLEY GABARRA CUSIS.Teléfono: (2386-423610).

Teléfono: \_\_\_\_\_



Firma

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido GUADALUPE BELEN ILARDO

Domicilio del Titular BELLOCRUENIDA 20 PUMERO 22

Ciudad CARLOS CASARES Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento NFI 47160205 Teléfono 2314476637

Fecha de Nacimiento 17/2/2006

## 2. INFORMANTE

Madre: Padre: 

Otros(especificar): \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO 

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO 

## 4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO 

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Centro de Emergencia HospitalCobertura Médica: IONAN° Afiliado: 127.1296738/02Docente a cargo: Shirley GABARZA CUSTeléfono: (2386-423610)

Teléfono: \_\_\_\_\_

[Firma]

Firma











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 Nicolas MARTIN 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 CHADAMCAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUCIANA GABRIELA CUSCO, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEES N°2

Fecha de ingreso: 03-12-2022

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

Aclaración: PATRICIA MARIELA RODRIGUEZ

Domicilio: BELLOQ

Localidad: BELLOQ.

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 24347549. DNI.

Teléfono: 2395.15.403433.

Fecha de nacimiento el/la menor: 10-02-06.

Tipo y N° documento el/la menor: DNI. 47.087869.

1. DATOS

Nombre y Apellido

NICOLAS MARTIN

Domicilio del Titular

DE LUCCO

Ciudad

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 47087869

Teléfono

2396 516447

Fecha de Nacimiento

10/02/06

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:

2

COVID:

2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Luciana Gabriela Lucio

Teléfono:

2396-423610

Cobertura Médica:

IOHA.

Teléfono:

N° Afiliado:

2243475492/02

  
Firma









Buenos Aires  
Provincia

IOMA

ART. 1. COLAS  
800 1203 9807  
DGC 47.087.869  
AFILIADO N° 2243475492/02  
VTO 03/27 147-01



Esta credencial es personal e intransferible

