

Corresponde Expediente nº 5832-1701421/17

ANEXO VI

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 21-11-2022.

Apellido y Nombres del Alumno Docente: DABADIE Magali

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante

Legal

Dirección: 157 A N° 672 - Hudson (Bexu)

Teléfono: 1131264390

Lugar a viajar: "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO

(tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? TODO

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

Procesos inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

Enfermedades infecto-contagiosas ()

c) Otras: ()

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponde)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

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

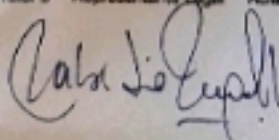
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi

hijo/hija

en HUDSON a los 2 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022

autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo disponen los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma



 Magali Dabadie
 Prof. de Artes en Teatro
 UNA

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Mía Gallardo TorresDNI N° 47.145.045 domiciliado en la calle 151 N° 2796De la localidad de Bgvi Teléfono 1559249590

que concurre al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1 del distrito BERAZATEGUI a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional "PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPULMALAL en los días 15, 16, 17 Y 18 del mes NOVIEMBRE 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 actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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

Lugar: HUDSON

Fecha: 20/10/2022Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: [Firma]DNI N°: 25378070 TORRES PATRICIA

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

1154577698 (Fernando) 1150526748 (Marcelo)
1559249599 (Marta)

corresponde Expediente nº 5802-17

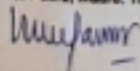
ANEXO VI

 PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN
 INSTITUCIONAL

Fecha: 20/10/2022
 Apellido y Nombres del Alumno: Mía Gallardo Torres
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Patricia Torres
 Dirección: 151 N° 3496 Esqui
 Teléfono: 4530243310
 Lugar a viajar: "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL
 ¿Es alérgico? SI NO
 (tachar lo que no corresponde)
 En caso de respuesta positiva: ¿a qué? _____

1. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
- | | |
|----------------------------------|-----|
| a) Procesos inflamatorios | () |
| b) Fracturas o esguinces | () |
| Enfermedades infecto-contagiosas | () |
| d) Otras _____ | () |
- ¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponde)
 En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.
 Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: _____
 ¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponde)
 En caso de respuesta positiva deberá consignar 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/a: Mía Gallardo Torres
 en HUDSON a los 20 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Adscripción de la Firma


 TORRES PATRICIA

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a BIANCA GONZALEZDNI N° 47.628.799 domiciliado en la calle 1144 N° 370De la localidad de Berazategui Teléfono 1548895532

que compare al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1 del distrito BERAZATEGUI a participar de la Salida Educativa "Salida de Representación Institución "PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPALMALAL años días 15,16,17 Y 18 del mes NOVIEMBRE 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, riesgos 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 actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

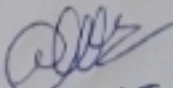
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero indiquen inmediato aviso.

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: HUDSON

Fecha: 24/10/22

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

DNI N°: 24316799

 (MAMA)
SUSANA FERNANDEZ

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

MAMA 154 8895532CASA 3975 1669 PAPA 112743529

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hija: PERISSINOTTI VICTORIA SOLDNI N° 49.310.997 domiciliado en la calle 131 N° 5690 4/55 y 57De la localidad de HUDSON B° MARINERO Teléfono 15-51277865

que concurre al Establecimiento Educativo **ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1** del distrito **BERAZATEGUI** a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación institución **"PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA"** a realizarse en la localidad de **CHAPALMALAL** en los días **15, 16, 17 Y 18** del mes **NOVIEMBRE** del presente año lectivo.

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

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

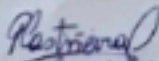
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero indiquen inmediato aviso.

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: HUDSON

Fecha: 24 DE OCTUBRE 2022

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

DNI N° 20.840.399

CASTINEIRAS PATRICIA

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

15-5127786515-65278417

corresponde Expediente nº 5802-1705421/17

ANEXO VI

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN

Fecha... 24 DE OCTUBRE 2022 INSTITUCIONAL

Apellido y Nombres del Alumno PERASSINOMI VICTORIA SOL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal... CASINEIRAS PATRICIA SILVIA

Dirección... CALLE 131 Nº 5658 455457 Bº MARITIMO

Teléfono... Nº 51277865

Lugar a viajar: "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO

(tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? _____

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

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

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

¿Tiene Obra Social? Si SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignar 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

hija PERASSINOMI VICTORIA SOL

en HUDSON a los... 24 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma

Patricia Casineiras CASINEIRAS PATRICIA

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hija DOMINA MONTEA ALONDNI Nº 48221878 domiciliado en la calle 993 A 4º 343De la localidad de BERAZATEGUI Teléfono 1161988081

que concurre al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1 del distrito BERAZATEGUI a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional "PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPALMALAL los días 15, 16, 17 Y 18 del mes NOVIEMBRE 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.

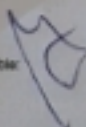
Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adapten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requieren indiquen 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: HUOSCHFecha: 24/10/22Firma y aclaración del Padre, Madre Tutor o Responsable:DNI Nº 2624034

Teléfono de Urgencia (consignar varios):

MAMA - 1161988081JELENIS HNO - 1158400027

 MARIANA RAMIREZ

corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 21/10/22

Apellido y Nombres del Alumno ROMANO MORENA ALAN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante

Legal BALBUENA NATALIA

Dirección DRS A N° 313 ENTRE 153 Y 154

Teléfono 11 1980021

Lugar a viajar- "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO
(tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

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

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

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.
Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

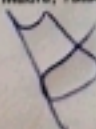
En caso de respuesta positiva deberá consignar en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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

en HUDSON a los 21 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Actación de la Firma


 NATALIA
 BALBUENA
 DRS 2674977

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Tello Camila GabrielaDNI Nº 47877994 domiciliado en la calle 30 N 2525De la localidad de Baragatzen Teléfono 1128545685

que concurre al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1 del distrito... BERAZATEGUI a participar de la Salida Educativa Salida de Representación Institución "PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPALMALAL en los días 15, 16, 17 Y 18 del mes NOVIEMBRE 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 actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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

Fecha: 24/10Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: BeroloDNI Nº: 23415470Teléfono de Urgencia (consignar varios): 1132582606 La Graciso1131408650 Papi1122408473 Hermona

Corresponde Expediente n° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha.....
 Apellido y Nombres del Alumno..... FELLO CAMILA GABRIELA
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal..... BORDA ESTELA EDITH
 Dirección..... SADE ZONA N° 2525
 Teléfono..... 1128545685
 Lugar a viajar- "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL
 ¿Es alérgico? SI NO
 (tachar lo que no corresponde)
 En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

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

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

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponde)
 En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

¿Tiene Obrero Social? SI NO (tachar lo que no corresponde)

En caso de respuesta positiva deberá consignar 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/a FELLO CAMILA GABRIELA

en HUDSON a los..... 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma

BordoBORDA ESTELA

Corresponde Expediente n° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION BALIDA EDUCATIVA/BALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Villafañez AgustinaDNI N° 49.677.777 domiciliado en la calle 112 9/51 y 52 N° 5128De la localidad de Berazategui Teléfono 1158163200

que concurre al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACION ESTETICA N° 1 del distrito BERAZATEGUI a participar de la Salida Educativa /Salida de Representación Institución "PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPALMALAL años días 15,16,17 Y 18 del mes NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dajo 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 actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

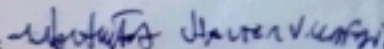
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero indiquen inmediato aviso.

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: HUDSON

Fecha: 24-10-22

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


DNI N° 22.434.998Teléfono de Urgencia (consignar varios): 11581632001120249787

corresponde Expediente nº 5802-17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 24-10-22

Apellido y Nombres del Alumno Villafañez, Agustina

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante

Legal Villafañez, Walter

Dirección calle 124 N° 51 y 52 N° 5128

Teléfono 1158163300

Lugar a viajar- "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO

(tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

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

a) Procesos inflamatorios ()

b) Fracturas o esguínces ()

c) Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignar 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 Villafañez, Agustina

en HUDSON a los 24 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Villafañez GiselaDNI Nº 47.977.976 domiciliado en la calle 124 e/ 51 y 52 N° 5428De la localidad de Belazategui Teléfono 1158163200

que concurre al Establecimiento Educativo ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1 del distrito BELAZATEGUI a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institución "PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de CHAPALMALAL, en los días 15, 16, 17 y 18 del mes NOVIEMBRE del presente año lectivo.

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

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

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

Fecha: 24-10-22

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

DNI Nº: 22 434.998

Teléfono de Urgencia (consignar varios): 1158163200

1128249787

Corresponde Expediente n° 5802-17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha 24-10-22

Apellido y Nombres del Alumno... Villafañe Gisela

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante

Legal... Walter Villafañe

Dirección... Calle 124 y 51 x 52 N.º 3128

Teléfono... 1158163200

Lugar a viajar- "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO

(tachar lo que no corresponda)

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

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

a) Procesos inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces ()

Enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras:

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

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

¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignar 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/a... Villafañe Gisela

en HUDSON a los... 24... 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 que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII**AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**Fecha: 21.10.2022Apellido y Nombres del Alumno MONZON GLORIA BEATRIZApellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: ADULTO A CARGODirección: JFA 1725 Teléfono: CEL 11 6243 3060 / 7714 - 8305Lugar a viajar: CHAPADMALAL MAR DEL PLATA PCIA BS.AS.1. Es alérgico (SI) - (NO) (tachar lo que no corresponda)En caso de respuesta positiva, ¿A qué?: CAMBIOS CLIMATICOS DELVO

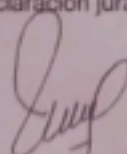
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos inflamatorios (NO)b) Fracturas o esguinces (NO)c) Enfermedades infecto-contagiosas (NO)d) Otras: NO3. Está tomando alguna medicación (SI) (NO) (tachar lo que no corresponde)En caso de respuesta positiva, ¿Cuál? Con diagnóstico y prescripción médica T4 MONPELLIER 75
ZONDIC (AMLODIPINA) 5 SELETIDE 250 PAF

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

5. ¿Tiene Obra Social? (SI) (NO) (en caso de respuesta afirmativa 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

Prof. Monzon Gloria B. en Bcavia los 27 días del mes de Octubre del año 2022 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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

G. B. Monzon
D.N.I 141999863
Aclaración de la Firma

corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA LAS SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha... 24/10/2022
 Apellido y Nombres del Alumno... TELLOZA FREDERICO T.
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante
 Legal... GIORGIO ALONSO MENDIOLA
 Dirección... 1354 M 49 N° 4889
 Teléfono... 1154245698

Lugar a viajar- "PROYECTO JÓVENES Y MEMORIA" CHAPALMALAL

¿Es alérgico? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? Carboidratos, dulces, Polvo, Tiza, etc

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

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

¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....

¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignar 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... TELLOZA FREDERICO T.

en HUDSON a los 24/10 días del mes de **NOVIEMBRE** del año **2022**

autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación que los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Aclaración de la Firma

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Corresponde Expediente nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Idoza Federico

DNI N° 48.882.340 domiciliado en la calle 135 y 49 Nº 4899

De la localidad de HUDSON, BERAZATEGUI Teléfono 1154345698

que concurre al Establecimiento Educativo **ESCUELA DE EDUCACIÓN ESTÉTICA N° 1** del distrito **BERAZATEGUI** a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institución "PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA" a realizarse en la localidad de **CHAPALMALAL** el/los días **15,16,17 Y 18** del mes **NOVIEMBRE** 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 relaciona la planificación de actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

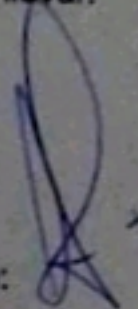
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero indiquen inmediato aviso.

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: HUDSON

Fecha: 27/10/2022

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



DNI N°: 33747758

Teléfono de Urgencia (consignar varios): 01132036859 (Melina - Mamá -

01169187917 Silvia - Abuela - ~~01157915698~~

01139461925 Lucas 01154909931 Victor - Abuelo -