

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CAPILVA DEL SEÑOR, 1/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SILVIO DELGADO 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 CAROLINA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: FES N° 5 - Ex. DE LA CRUZ

Fecha de ingreso: 21/11/22

Villavicencio

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

Aclaración: VILLAVICENCIO VARIATA ALEXANDRA

Domicilio:

TUCUMAN 372

Localidad:

PARADA ROBLES

Provincia:

BS AS

Tipo y N° doc:

DNI - 27815000

Teléfono:

1158417707

Fecha de nacimiento el/la menor:

21-06-2005

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI - 46.828.675

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 28/11 Capilla del Señor

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CRISTIAN SAAVEDRA 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 Capilla del Señor, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es ROSANA FERR que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

LOLA MOYA N° 5

Fecha de ingreso:

21/11/22

Moreira S.

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

Aclaración: Moreira Soledad

Domicilio: Ecuador BS caso 19 B Esperanza

Localidad: Capilla del Señor

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI. 30.450.542

Teléfono: 2323-516279

Fecha de nacimiento el/la menor: 7/04/05

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 46.436.331

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: Exaltación de la Cruz, 1/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a ORIANA SUAREZ 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 CHAPADMAIAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es CAROLINA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N° 5 - EX DE LA CRUZ

Fecha de ingreso:

21-11-22

S/A

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

Aclaración:

Susana Almeyda

Domicilio:

PANAMA 300 S212050

Localidad:

EXALTACIÓN DE LA CRUZ

Provincia:

BSAS

Tipo y N° doc:

DNI 31551.708

Teléfono:

01164301989

Fecha de nacimiento el/la menor:

21-1-2005

Tipo y N° documento el /la menor:

45. PA5 401

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: CAPILLA DEL SEÑOR, 11/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a CINTHIA SANTORO 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 CHARADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es CAROLINA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N°S EX. DE LA CRUZ

Fecha de ingreso:

21/11/22

Karlos de la H.

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

Aclaración:

Karlos de la H. Mabel

Domicilio:

GUATEMALA Y R. 39

Localidad:

CAPILLA DEL SEÑOR

Provincia:

Bz. A.

Tipo y N° doc:

D.N.I.: 17726801

Teléfono:

3444 417507

Fecha de nacimiento el/la menor:

20/06/2005

Tipo y N° documento el /la menor:

D.N.I.: 46778704

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CAPILLA DEL SEÑOR, 1/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a RONINA GOMEZ 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 CHARADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. CAROLINA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

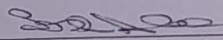
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

RES N° 5 - EX. DE LA CRUZ

Fecha de ingreso:

21/11/2022


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

Aclaración: SoSo D. Aguiar

Domicilio: RICARDO ROSA 341

Localidad: CAPILLA DEL SEÑOR, BUENOS AIRES

Provincia: 27.719.418

Tipo y N° doc: 0113170-7145

Teléfono: 3103/2007

Fecha de nacimiento el/la menor: D.N.I.: 45.607.586

Tipo y N° documento el /la menor: _____

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CAPILLA DEL SEÑOR, 1/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a FRANCO LAUGA 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 J es CABOLINDA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 5 - EX. DE LA CRUZ

Fecha de ingreso: 21/11/22

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

Aclaración: Procielo R. Panjira

Domicilio: VENEZUELA Y PANAMA 94

Localidad: CAPILLA DEL SEÑOR

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 18370324

Teléfono: 1155949493

Fecha de nacimiento el/la menor: 22/06/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 46436383

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CAPILLA DEL SEÑOR, 1/11/22

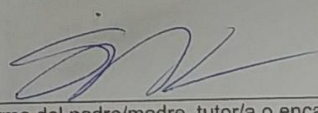
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MELANY RUDAZ 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 CAPADIMALI, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. ROSOLINA PERE Y ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESN-S - EX DE LA CRUZ

Fecha de ingreso: 21/11/22


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

Aclaración: suero hijo

Domicilio: PANAMA 3 B

Localidad: CAPILLA DEL SEÑOR

Provincia: 27850038

Tipo y N° doc: 2323524876

Teléfono: 1-2-2008

Fecha de nacimiento el/la menor: 45 P15414

Tipo y N° documento el /la menor: _____

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CAPILLA DEL SEÑOR, 9/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUJAN SALVATTO 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 CAROLINA PEREE-ANASTIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N.ºS. EX. DE LA CRUZ

Fecha de ingreso: 21/11/22

Moreira Yosi Lorena

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

Moreira YOSICA

Aclaración:

Domicilio: COLOMBIA 32

EXALTACIÓN DE LA CRUZ

Localidad:

BUENOS AIRES

Provincia:

DNI 31.201.547

Tipo y N° doc:

1126346807

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/6/04

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 45.807.215

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: CAPINA del SEÑOR 1/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a BRENDA SUAREZ 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 NAR DE PLATA, 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: _____

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: Brenda Suarez

Domicilio: _____

Localidad: SANTA MARIN ISOL

Provincia: FIJAR

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: _____

Teléfono: 45 915 307

Fecha de nacimiento el/la menor: 11/06/2004
16/10/2004

Tipo y N° documento el /la menor: _____

45915 307

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: Córdoba del Sur, 1/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a ARIANA LEGUIZAMÓN 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 Charadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Carolina Reser - Ana Stivala que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N°5 ex de la CC02

Fecha de ingreso:

21-11-22

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

Aclaración: Olga Talley

Domicilio: Ruta 8 km 7 B

Localidad: Parade Robles

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNF : 28.957080

Teléfono: 11-62253207

Fecha de nacimiento el/la menor: 01-03-03

Tipo y N° documento el /la menor: DNF = 45.915.467

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Cañilla del Señor, 11/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CARLOS HERRERA 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 CHAMPAYACOL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) / es CAROLINA PEREZ - ANA STIVALA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

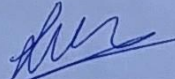
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N°5. EX DELACRUZ

Fecha de ingreso:

21/11/22


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

Aclaración: CHILE 082

Domicilio: CAÑILLA Dd. SEÑOR.

Localidad: _____

Provincia: _____

Tipo y N° doc: B-S A-5

Teléfono: DNI. 33903784

Fecha de nacimiento el/la menor: 11/7/2001

Tipo y N° documento el /la menor: 05-06-2005

DNI. 46.436.346

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Capilla del Señor, 1/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ENZO SALVATTO 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. Carolina Pérez - Ana Stivala que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EESN°5 - Ex. de la Cruz

Fecha de ingreso: 21/11/22

Delegada Elisabet Noemi
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: DELEGADA ELISABET
Domicilio: BOLIVIA 881

Localidad: Capilla del Señor

Provincia: BS AS.

Tipo y N° doc: 31140871

Teléfono: 2323-361745

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/01/05

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 45.915.390

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ex de la Cruz, 1/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes


Por la presente autorizo a mi hijo/a YESICA GUTIERREZ 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 CAROLINA PEREZ - ANA STIVIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CORINNO DEL SENIOR - EES N° 5

Fecha de ingreso: 21-11-2022

24-11-2022


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

Aclaración: RAHOVA AGUIRRE
Domicilio: CUTA 99 PARADA ORTIGAS

Localidad: _____

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: 46.076.214

Teléfono: 1198016743 - 1170967339

Fecha de nacimiento el/la menor: 30-07-2004

Tipo y N° documento el /la menor: 46076214

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido BILVULO ALEJANDRO DELGADO
Domicilio del Titular TUCUMAN 372
Ciudad PARADA ROBLES Provincia BSAS
Tipo y N° de Documento DNE 46828675 Teléfono
Fecha de Nacimiento 21/06/05

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: MADRE Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(* Sintomas: HORMIGAS COLORADA - (SE MARCHA)
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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARINA A. VILLAVICENCIO Teléfono: 1158417707
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

Villavencio
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido B O M I N A S I L V A M A G O M E Z
Domicilio del Titular N I C A D O A O J A 3 4 1
Ciudad C A P I L L A D A S E Ñ O R Provincia B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento 4 5 6 0 7 5 8 6 Teléfono 0 1 1 3 1 1 0 7 1 4 5
Fecha de Nacimiento 3 0 3 2 0 0 4

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cuál? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: TOMA PASTILLA _____

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: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: E. V. A. ANTONIA SOSA Teléfono: 0 1 1 3 1 1 0 7 1 4 5

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido F B A N C O L A U G A

Domicilio del Titular V E N E Z U E L A Y P A N A M A 94

Ciudad B A B A I O S A N J O S E Provincia B A

Tipo y N° de Documento 96436383 Teléfono

Fecha de Nacimiento 22062005

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

3. ANTECEDENTES

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

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

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

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)

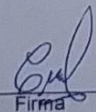
SABINCOMPLETA BCG: COMPLETA SARAMPION: COMPLETA TRIPLE: COMPLETA COVID: 3

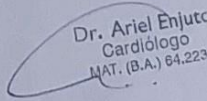
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GRACIELA PANIAGUA Teléfono: 1159949493 - 2823516934

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:


Firma Graciela R Paniagua


Dr. Ariel Enjuto
Cardiólogo
MAT. (B.A.) 64.223
27/10/2022

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido CAROLINA PEREZ
Domicilio del Titular RUTA 6 KM 176,500
Ciudad CARLOS LEWEE Provincia BSAS
Tipo y N° de Documento DNI 20911523 Teléfono
Fecha de Nacimiento 07/07/1969

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES
3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cuál? DIABETES TIPO 2
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: CONTROL GLUCEMICO
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: 4 (Dosis)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: ABEL LEDESMA Teléfono: 011-15-
Cobertura Médica: DASMI Teléfono: 011-3173-8387
N° Afiliado: 3624/0

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido: M E L A M P D A N I E C A R U O A Z
Domicilio del Titular: P A N A M A B I S
Ciudad: C A P I T A L A Provincia: B I S A
Tipo y N° de Documento: 4 5 9 1 5 4 1 4 Teléfono: 0 2 3 2 3 6 4 3 9 3
Fecha de Nacimiento: 0 1 0 2 2 0 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 Cuál? _____
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*). Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

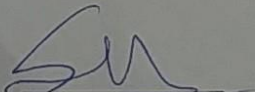
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: R O O A Z J O S E D A V I E L Teléfono: 0 2 3 2 3 6 4 3 9 3 3
Cobertura Médica: X Teléfono: 2 3 2 3 5 2 4 8 7 6
N° Afiliado: X


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido L U G A S S A A V E D E A
Domicilio del Titular E R V A N O E L S C A S A 1 9
Ciudad C A P I L L A O E L S. Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento D N I 4 6 4 3 6 2 3 1 Teléfono 23 23 51 62 79
Fecha de Nacimiento 07 09 2005

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

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

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: 100AS BCG: 100AS SARAMPION: 100AS TRIPLE: 100AS COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: M. A. B. M. M. M. Teléfono: 23 23 51 62 79
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

M. A. B. M. M. M.
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido SUSANA NOEMI ALVAREZ
Domicilio del Titular BUSAN JOSÉ PANAMA 300
Ciudad BUENOS AIRES Provincia B.S.A.S
Tipo y N° de Documento 31551708 Teléfono 01164301988
Fecha de Nacimiento 04/03/1985

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

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

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: 5 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: SUSANA NOEMI ALVAREZ Teléfono: 01164301988
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

SAA
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido CINTHIA LORENA SANTO RÍO
Domicilio del Titular GUATEMALA Y R. 39 SW
Ciudad CARDELENOR Provincia BASIS
Tipo y N° de Documento DNI 46778704 Teléfono 3444 417507
Fecha de Nacimiento 20/06/2005

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

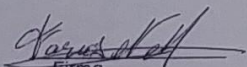
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: NILDA MABEL FARIAS Teléfono: 3444 417507
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido LUJANMARIASALVATTO
Domicilio del Titular COLOMBIA 32 B° ES PERANZA
Ciudad BUENOS AIRES Provincia
Tipo y N° de Documento DNI 45.907.215 Teléfono
Fecha de Nacimiento 20/06/04

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

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: Completo BCG: 1 dosis SARAMPION: 2 dosis TRIPLE: Completo COVID: 2 dosis.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Horacio Yessica Lorena Mailen Salvatto Teléfono: 1126346907 - 2323615787
Cobertura Médica: NO Teléfono:
N° Afiliado:

Horacio Yessica Lorena
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido A N A M A R I A S T I V A L A

Domicilio del Titular A R O M O 1 8 2 4 R O B L E S

Ciudad E X . D E L A C R U Z Provincia B S A S

Tipo y N° de Documento D N I 2 3 0 3 7 8 9 2 Teléfono 0 2 3 2 5 5 6 5 7 7 4

Fecha de Nacimiento 0 1 0 1 7 3

2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cuál? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: PRIVINAL

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

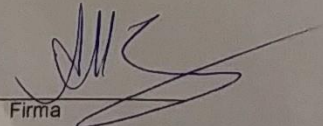
SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Claudio Rivaldi Teléfono: 02325-56-1117

Cobertura Médica: JOHA Teléfono: _____

N° Afiliado: 2230378928/00


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido B r e n c a A N A H i s u a R e z
Domicilio del Titular S A N T A M A R I A I S O L
Ciudad b u e n o s A i r e s Provincia b u e n o s A i r e s
Tipo y N° de Documento 4 5 9 1 6 3 0 7 Teléfono
Fecha de Nacimiento 4 0 1 0 2 0 0 4

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cuál? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BARBARA LOZ Teléfono: 1133629243

Cobertura Médica: HOSPITAL Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido ABIANA LUSANA LEGUIZAKON
Domicilio del Titular ROTA 82478 PARADA ROBLES
Ciudad BOENOSAIRES Provincia
Tipo y N° de Documento DN145915467 Teléfono 11 62253207
Fecha de Nacimiento 01-03-05

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

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

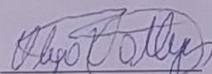
- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
- 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
- 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 2° BCG: 2° SARAMPION: 2° TRIPLE: 2° COVID: 2°

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Olga Noemi Vallejos Teléfono: 116225307
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido CARLOS GABRIEL HERRERA
Domicilio del Titular CHILE
Ciudad Buenos Aires Provincia B.S.A.S
Tipo y N° de Documento DNI 46436346 Teléfono
Fecha de Nacimiento 05/06/2005

2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cuál? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

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)

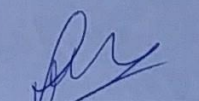
SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Laura Duarte Teléfono: 1127284011

Cobertura Médica: SAIA Teléfono: 112776359

N° Afiliado: 233003786302


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido ENZO JONAS SALVATO
Domicilio del Titular BOLIVIA 881
Ciudad BS AS Provincia
Tipo y N° de Documento Teléfono 23236745
Fecha de Nacimiento 19/01/05

2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: X Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO X Cuál?

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

Causa:

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO X

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO X

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Completa BCG: Completa SARAMPION: Completa TRIPLE: Completa COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SALVATO, Enzo Teléfono: 011 36052358

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

Delegada Euzabet
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS Nombre y Apellido YEBICA NOEMI BUTIERREZ
Domicilio del Titular RUTA 39 P.O. RIANDEA
Ciudad CAPILLA DELS ^{San} Provincia B.B.S
Tipo y N° de Documento 46076214 Teléfono
Fecha de Nacimiento 30.07.2004


2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

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

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: RAMON EUGENIA Teléfono: 1198516748-1170967389
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____



Firma