

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ELORISA JULIA BERAYRA
Domicilio del Titular ELORISA 2100
Ciudad PERGAMINA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento D1 6177 909 Teléfono 2477 3371 00
Fecha de Nacimiento 5790
05/7/1999

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: 2 BCG: SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ADRIAN BERAYRA Teléfono: 2477 46 61 99

Cobertura Médica: PAMI Teléfono:

N° Afiliado:

Elon Berayra
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido BERAIRA JOAN PABLO
Domicilio del Titular FLORIDA 2169
Ciudad PEROGAMINO Provincia B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento DNI 45865492 Teléfono 2444535115
Fecha de Nacimiento 050604

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: 3 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 3 COVID: -

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Berayo Juan Teléfono: 2444 5351 15
Cobertura Médica: - Teléfono:

N° Afiliado: -

JUAN P
Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido: BENNYRA EZEQUIEL
Domicilio del Titular: FLORIDA 2169
Ciudad: PERGAMINO Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 47052329 Teléfono: 2477534262
Fecha de Nacimiento: 27/10/09

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Berzaya Juan Teléfono: 2477534262
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

x EZEQUIEL
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIA GRISLDA BOGADO VILLALA
Domicilio del Titular: POVORINE 826
Ciudad: PERGAMINO Provincia: _____
Tipo y N° de Documento: 94992478 Teléfono: 2477331035
Fecha de Nacimiento: 17/01/1988

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

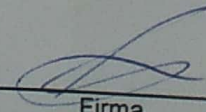
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANA Teléfono: 2477559129
Cobertura Médica: _____ Teléfono: 2477383253
N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ABRAHAM CUAS DEMIS
Domicilio del Titular EL OBI DA 2-
Ciudad PERBA MINO Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento D 37931088 Teléfono
Fecha de Nacimiento

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Teléfono:

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

ABRAHAM DEVIS
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: WALTER ESTIGARRA, A
Domicilio del Titular: POVORINE 826
Ciudad: PERGAMINO Provincia: _____
Tipo y N° de Documento: 38600856 Teléfono: 2477361035
Fecha de Nacimiento: 6101994

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: _____

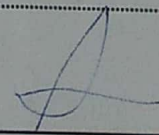
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: A. M. A. Teléfono: 2477559129
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIA LAURIA EYHERBAMONHO
Domicilio del Titular MAGALLANES 342
Ciudad PERGAMINO Provincia B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento D.N.I. 12345678 Teléfono 2477599655
Fecha de Nacimiento

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: JUAN WALTER Teléfono: 2477586586
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido G O R B A L A M L A R A
Domicilio del Titular F A L U C H O S Z I
Ciudad P e n g a r i n o Provincia B S A S
Tipo y N° de Documento 4 8 7 6 3 2 5 7 Teléfono 2 4 7 7 3 4 9 6 5 6
Fecha de Nacimiento 0 1 0 9 0 7

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: 4 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 7

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: H O S P I T A L M A D R E Teléfono: 2 4 7 7 3 4 9 6 5 6
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma DURAN KARINA

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido GORBA CAN SAN TAJA GO
Domicilio del Titular FALCÓN 821
Ciudad BERGAMINO Provincia BSAS
Tipo y N° de Documento 47160326 Teléfono 2477349656
Fecha de Nacimiento 300706

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)

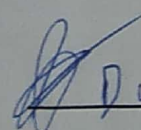
SABIN: 4 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: HOSPITAL MAMA Teléfono: 2477349656

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: ROXANA SALAE
Domicilio del Titular: SAN MARTIN Y 3 DE NOVIEMBRE
Ciudad: PERGAMINO Provincia: BOGSA
Tipo y N° de Documento: DN 122026395 Teléfono: 2477650784
Fecha de Nacimiento: 2277

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DURAN CARINA Teléfono: 2477 349656

Cobertura Médica: Hospital Teléfono:

N° Afiliado:

Roxana Salae
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido BRANDOMBAUILAFUENTE
Domicilio del Titular FADUKHO 957
Ciudad PEROAMINA Provincia DUENOS SAIPES
Tipo y N° de Documento DNI 48020462 Teléfono 2477568137
Fecha de Nacimiento 2 MAYO 02/05/07

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS


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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: HOSPILA y MAMA' Teléfono: 2477) 56 81 37
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: M A X I M I L I A N O S E B A S T I A N S A N C H E Z
Domicilio del Titular: F L O R I D A 2 0 0
Ciudad: P E R U A H I N O Provincia: B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento: 3 4 - 8 8 9 4 7 4 Teléfono: 2 4 7 7 3 3 7 9 0 0
Fecha de Nacimiento: 9 / 1 6 / 8 9

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: A D R I A N B E Ñ A Y R A

Teléfono: 2 4 7 7 4 6 7 9 9

Cobertura Médica: N O

Teléfono:

N° Afiliado:

Sanchez Maximiliano
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido TABARES ANIBAL ANDRES
Domicilio del Titular FLORIDA 2055
Ciudad PERGAMINO Provincia BsAs
Tipo y N° de Documento DNI 23184430 Teléfono 341329941
Fecha de Nacimiento 100473

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: WALTER RUANO Teléfono: 2477586586
Cobertura Médica: - Teléfono: -
N° Afiliado: -

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido VALTA JORGE EZEQUIEL
Domicilio del Titular 3 de NOVIEMBRE 919
Ciudad PERGAMINO Provincia Bs As
Tipo y N° de Documento DNI 48091486 Teléfono 2977452837
Fecha de Nacimiento 29/05/07

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Bress Carina Teléfono: 2977452837
Cobertura Médica: - Teléfono:
N° Afiliado: -

[Firma]
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Pergamino 5/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Berexa Espinola 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, Srta. Leuz Echeverri que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CTAD BARRIAL SCA/etemo

Fecha de ingreso: 24/11/22

JUAN

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

Aclaración: Berexa JUAN

Domicilio: FLORIDA 2/69

Localidad: Pergamino

Provincia: BsAs

Tipo y N° doc: 28130470

Teléfono: 2444535175

Fecha de nacimiento el/la menor: 27/10/05

Tipo y N° documento el /la menor: 44052329

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 05/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GODOLFO BALAN SANTIAGO 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 CHAPATNALAY, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) / es LAURA CHARRA Y HERMANO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: 6 BARRIAL 12 DE OCTUBRE

Fecha de ingreso: 24/11/22

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

Aclaración: [Firma]

Domicilio: FALUCHO 829

Localidad: PERGAMINO

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: 34205638

Teléfono: 2477 349656

Fecha de nacimiento el/la menor: 30/01/06

Tipo y N° documento el /la menor: 97160320

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 05/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a AORRACA N LADY 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 CHAPATAY, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LAURA CHURAYHORA DONHO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: C. BARRIA DE OCTUBRE

Fecha de ingreso: 24/11/22

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

Aclaración:

Domicilio: FALUCHO 827

Localidad: PERGAMINO

Provincia: B.S. AS.

Tipo y N° doc: 34265638

Teléfono: 2477349656

Fecha de nacimiento el/la menor: 48763157

Tipo y N° documento el /la menor: 07/09/07

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: PERJAMINO 05/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BRANDO DAVID LA PUENTE 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 CHIAPATMALAU, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. LAURA CHURAEY HERAMONTO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CBARRIAL 12 DE OCTUBRE

Fecha de ingreso: 24/11/22

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

Aclaración: SILVANA ELISABET LA PUENTE

Domicilio: FALUCHO 957

Localidad: PERJAMINO

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 26524057

Teléfono: (2477) 568137

Fecha de nacimiento el/la menor: 02/05/07

Tipo y N° documento el /la menor: 48020462

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Pergamino 5/11/22

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a J. ROMÁN SANABRIA 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 CHAPATMALAY, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Laura Chabayher Amonio que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: C. BARRIAL 12. DE OCTUBRE

Fecha de ingreso: 24/11/22.

Durán J. Román
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: DURÁN VERÓNICA ORENA.

Domicilio: FALUCHO 1621.

Localidad: PERGAMINO

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI 27 140 729.

Teléfono: 2477 6153 96.

Fecha de nacimiento el/la menor: 28/06/2006.

Tipo y N° documento el /la menor: ^{DNI} 47 399 045.

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 5 de Noviembre de 2022

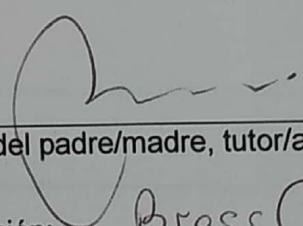
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALTA Luis 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 Chepedmetel, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. Laura Echeverri es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: C^{ro} BARRIALSCayetano

Fecha de ingreso: 24/11/22


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

Aclaración: Bress CARINA

Domicilio: 3 de Nov. 914

Localidad: PERGAMINO

Provincia: Bs As

Tipo y N° doc: DNI 29251241

Teléfono: 2477 452837

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/5/07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48091486