

Turismo Social

DECLARACION JURADA
GRUPOS NUMEROSOS
EVENTOS

Institución Escuela de Educación Secundaria
Nº 18 M. Domingo Añez

Día Mes Año

Nº de registro

Nombre y Apellido	Tipo y Nº Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Ingreso Mensual	Firma
Luciana Ruiz	48105060	16/04/2007	Alboreca 1222 P.N	1132627744		<i>[Firma]</i>
Azul Verón	47862757	14-01-07	Hiroshima 1741 P. Noques	1130076739		<i>[Firma]</i>
Jonas Ezequiel Contreras	47862669	01/03/2006	Atguera 1076 P. Noques	1150381737		<i>[Firma]</i>
Jonathan Diego Moyano	46343385	01/02/2005	F. Segui 847 G. Bourq	1162744927		<i>[Firma]</i>
Lapalma Paola	48.940.904	12/04/2006	Hiroshima 1219 P. Noques	1123325929		<i>[Firma]</i>
Alan Ayarde	44883959	10/05/03	P. Mendocinas 1459 G. Bourq	1140480325		<i>[Firma]</i>
Liz Miranda Pablino	94772295	14-04-05	hiroshima 958 P. Noques	1126284070		<i>[Firma]</i>
Nadia Riveros	46431032	31-01-05	Santa sede 2831 P. Noques	1161583049		<i>[Firma]</i>
Briisa Piscicelli	46004047	28-12-04	Valparaiso 830 P. Noques	1130339360		<i>[Firma]</i>
Claudia Medina	20812134	09/06/1968	Mariano Pi 2378 P. Noques	1544055262		<i>[Firma]</i>

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ARZOLA N. GARCIA VERON
 Domicilio del Titular: EL PASADITA 1241 PISITOPLE
 Ciudad: PABLO NAGGES Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: DNI 47862 PSE Teléfono: 1130026739
 Fecha de Nacimiento: 14-01-04

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: 2 TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARINA Veron Teléfono: 1130026739
 Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____

Arzola
 Firma

Lugar y Fecha: Grand Bourg
9-11-2022

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Azul Veron a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística El Pasadita, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Melina Claudia y Rodolfo Brudo, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 18

Fecha de ingreso: 06/12/22
Arzola
 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Bonita S. Veron
 Domicilio: El Pasadita 1241
 Localidad: Ing. Pablo Nagges
 Provincia: Buenos Aires
 Tipo y N° Doc: DNI 33506370
 Teléfono: 1130026739
 Fecha de Nacimiento del alumno: 14-01-2004
 Tipo y N° Documento del alumno: DNI 47862 PSE

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: CARRERAS SOLORI BONAERENSE
 Domicilio del Titular: ALBUCA 1076
 Ciudad: P. NOROES Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 4718671660 Teléfono: 1150381737
 Fecha de Nacimiento: 01/03/2006

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: Apendice

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CARRERAS SOLORI Teléfono: 1150381737
 Cobertura Médica: MOI Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____

Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Lugar y Fecha: Grand Bourg
01/11/2022

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos CARRERAS EZEQUIEL participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHARAHNOS, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Messia Claudia y Borda Susana que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESB N18

Fecha de ingreso: 01/11/2022

01/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: CARRERAS

Domicilio: ALBUCA 1076

Localidad: P. NOROES

Provincia: BS AS

Tipo y N° Doc: 34181515

Teléfono: 1150381737

Fecha de Nacimiento del alumno: 01/03/2006

Tipo y N° Documento del alumno: 552 4786266

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Declaración Jurada Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO
 Nombre y Apellido: AYAROE ALONSO
 Domicilio del Titular: P. MENDOZINA 1459
 Ciudad: GRANOS BOQUES Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 99 28 37 50 Teléfono: 11 40 48 03 25
 Fecha de Nacimiento: 10/15/2003

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

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
 SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: Completo.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
 Nombre y Apellido: ESTELA GONZALEZ Teléfono: 11 9098-0325
 Cobertura Médica: OSUTHGRA Teléfono: _____
 N° Afiliado: 23-16003171-9/04

Firma

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
 Declaración Jurada Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Grand Boque, 10-11-22

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Ayareo Alon a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chamdiwala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Miriam Claudia y Marcelo Brind, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N°18

Fecha de ingreso: 00/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Estela Gonzalez

Domicilio: P. MENDOZINA 1459

Localidad: GRANOS BOQUES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 1748917

Teléfono: 11 4048 0325

Fecha de Nacimiento del alumno: 10/15/2003

Tipo y N° Documento del alumno: 44883959

DNI

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LIZ PABLO MIRANDA
 Domicilio del Titular: HEROSIMA Y MONTE ROSO
 Ciudad: MADEIRA Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 94772295 Teléfono: 1126784070
 Fecha de Nacimiento: 14/04/2005

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Karina Miranda Teléfono: 112684070
 Cobertura Médica: NO Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____

K.M.
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 09/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Liz Pablo Miranda participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Herosima, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Reina Claudia y Gedalia Silva que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.G.S N° 38

Fecha de ingreso: 09/11/22

09/11/22

Karina Miranda
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Karina Miranda

Domicilio: Herosima 938

Localidad: Pablo Oates

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: 94772295

Teléfono: 1126784070

Fecha de Nacimiento del alumno: 14-04-2005

Tipo y N° Documento del alumno: 94772295

1. DATOS DEL ALUMNO
 Nombre y Apellido: RIVEROS SINA NOTI ARIAGA Y
 Domicilio del Titular: SANTA TERESA 2831
 Ciudad: MAR DEL PLATA Provincia: BUEENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: DNI 46437032 Teléfono: 1161585049
 Fecha de Nacimiento: 31/01/2005

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
 SABIN: 2 BCG: _____ SARAMPION: 2 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
 Nombre y Apellido: MARCOLENA RIVEROS Teléfono: 1161585049
 Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____
 Firma: M. Riveros

Lugar y Fecha: Juan de los Rios, 10-11-22

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos NADIA RIVEROS a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, 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 Mariana Claudia y Marcelo Gonda que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.N°18
 Fecha de ingreso: 06/12/22 M. Riveros
 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: MARCOLENA RIVEROS
 Domicilio: SANTA TERESA 2831
 Localidad: PABLO NOGRES
 Provincia: BUEENOS AIRES
 Tipo y N° Doc: DNI 47912986
 Teléfono: 1161585049

Fecha de Nacimiento del alumno: 31-01-2005
 Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46437032

1. DATOS DEL ALUMNO
 Nombre y Apellido: FRANCISCA PISCARDI
 Domicilio del Titular: MALPASADO 630
 Ciudad: MALPASADO Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 46004047 Teléfono: 1130339310
 Fecha de Nacimiento: 28/12/04

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

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
 SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
 Nombre y Apellido: Sergio Piscardi Teléfono: 1130339310
 Cobertura Médica: NO Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____
 Firma: [Firma]

Lugar y Fecha: 08/11/22

Señor Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Piscardi FRISA a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Ciudad de Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es ROSA CLAUDIA y GABRIELA BIANCHI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EE-5 N° 38
 Fecha de ingreso: 09/11/22
 (X) 06/12/22 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Piscardi
 Domicilio: MALPASADO 630
 Localidad: MALPASADO ARGENTINAS
 Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° Doc: 25521813
 Teléfono: 1130339310

Fecha de Nacimiento del alumno: 28/12/2004
 Tipo y N° Documento del alumno: 46004047

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LUCIANA MICA RIVIZ
 Domicilio del Titular: ALBUERA 1222
 Ciudad: GUANABACOBO Provincia: BS AS
 Tipo y N° de Documento: D.N.I. 165060 Teléfono: 1132527744
 Fecha de Nacimiento: 16/05/07

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? CONVULSIONES

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

Causa: CONVULSIONES

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: NO HAY CAUSAS DIAGNOSTICADAS - MEDICACIÓN TOMA

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: R TRIPLE: Completo Coleadorio

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BETTINA ALFONSO Teléfono: 1132527744

Cobertura Médica: OSUTHGA Teléfono: _____

N° Afiliado: 27-36644180301 Firma: Bettina

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: GRAND BOURG
3/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a LUCIANA RIVIZ a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Club Ciudadal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación Gras J es Claudio Marcelo y Roberto S. Raso que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: EE.S.N°18

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado: Bettina

Aclaración: BETTINA A

Domicilio: ALBUERA 1222

Localidad: GRAND BOURG

Provincia: BS AS

Tipo y N° Doc: D.N.I. - 36644180

Teléfono: 1132527744

Fecha de Nacimiento del alumno: 16/05/2007

Tipo y N° Documento del alumno: D.N.I. 48.167.060