

# 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		[Firma]
Azul Verón	47862757	14-01-07	Hiroshima 1741 P. Noques	1130076739		[Firma]
Jonas Ezequiel Contreras	47862669	01/03/2006	Atguera 1076 P. Noques	1150381737		[Firma]
Jonathan Diego Moyano	46343385	01/02/2005	F. Segui 847 G. Bourq	1162744927		[Firma]
Lapalma Paola	48.940.904	12/04/2006	Hiroshima 1219 P. Noques	1123325929		[Firma]
Alan Ayarde	44883959	10/05/03	P. Mendocinas 1459 G. Bourq	1140480325		[Firma]
Liz Miranda Pablino	94772295	14-04-05	hiroshima 958 P. Noques	1126284070		[Firma]
Nadia Riveros	46431032	31-01-05	Santa sede 2831 P. Noques	1161583049		[Firma]
Briisa Piscicelli	46004047	28-12-04	Valparaiso 830 P. Noques	1130339310		[Firma]
Claudia Medina	20812134	09/06/1968	Mariano Pi 2378 P. Noques	1544055262		[Firma]

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ARZOLA N. GARCIA VERON  
 Domicilio del Titular: EL PASO 1111A 1124 11310 PLE  
 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 Chimadueda, 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 PASO 11241  
 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: 4718621660 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: \_\_\_\_\_

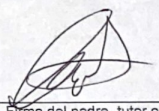
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)  
 SABIN: 2 BCG: 2 SARAMPION: 1 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:  
 Nombre y Apellido: CARRERAS SOLORI Teléfono: 1150381737  
 Cobertura Médica: MOI Teléfono: \_\_\_\_\_  
 N° Afiliado: \_\_\_\_\_  
 Firma: 

Lugar y Fecha: Grand Bourg  
01/11/2022

Señor  
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos CARRERAS EXPO 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 CHARAHNOA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Meruza 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

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: JOSEPH ANTONIO RIVERA GARCIA  
 Domicilio del Titular: 96146161 AMERICA 12121 348  
 Ciudad: GRAN BOURG Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° de Documento: 416343385 Teléfono: 1162744927  
 Fecha de Nacimiento: 07/02/05

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   
 (\*) 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: 5 BCG: 2 (veces) SARAMPION: 3 TRIPLE: 5 Completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MIRIAM CLAUDIA MORENO Teléfono: 1162744927  
 Cobertura Médica: NO Teléfono: \_\_\_\_\_  
 N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Miriam  
 Firma

DECLARACION JURADA

Lugar y Fecha: Gran Bourg 10-11-22

Señor  
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Jonathan Royan 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. Medina Claudia y Rodolfo Brida que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 18

Fecha de ingreso: 06/12/22

Miriam Miriam Clarita  
 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Miriam Miriam Clarita  
 Domicilio: CABALLEROS 1341  
 Localidad: GRAN BOURG  
 Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° Doc: 26.762.659  
 Teléfono: 1162744927

Fecha de Nacimiento del alumno: 07/02/2005

Tipo y N° Documento del alumno: 96343385

**DECLARACION JURADA**

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

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido NATALIA MARIA AOUA AIDA AIMA

Domicilio del Titular MIRASOLHIMA 1209

Ciudad  Provincia

Tipo y N° de Documento 48990904 Teléfono 113325929

Fecha de Nacimiento 13/04/2006

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   
(\* 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: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI  
TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CHARRARIN DANIELA Teléfono: 1159261977

Cobertura Médica: NO Teléfono: 1139990347

N° Afiliado:

[Firma]  
Firma

**DECLARACION JURADA**

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

Lugar y Fecha: Jardburg 10/11/22

Señor   
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a  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, Sr/s Verónica Claudia y Marcelo Guada que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 18

Fecha de ingreso: 06/12/22

[Firma]  
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: no

Domicilio: MIRASOLHIMA

Localidad: PARRONDOS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: 29615278

Teléfono: 1123325929

Fecha de Nacimiento del alumno: 13/04/2006

Tipo y N° Documento del alumno: 48990904

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. Mendocina 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 ROSA  
 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 PaternaLugar y Fecha: 09/11/22Señor  
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Liz Pablinio 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Reina Claudia y Gedolfo Silva que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EG.S N° 38Fecha de ingreso: 09/11/2209/12/22

Karina Miranda  
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Karina MirandaDomicilio: Herosima 938Localidad: Pablo OatesProvincia: Buenos AiresTipo y N° Doc: 94772295Teléfono: 1126784070Fecha de Nacimiento del alumno: 14-04-2005Tipo 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: MARITIMAS ALEGRE Provincia: BATAAGUAN

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: Jardín Boug, 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 Sinda 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 NOGUES

Provincia: BUENOS 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: FRANZINA PISCARDI  
 Domicilio del Titular: MALIBARISO 630  
 Ciudad: PIEBITO NOGUERES Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° de Documento: 46004047 Teléfono: 1130334364  
 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: 1130334364  
 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 FRANZINA 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: MALIBARISO 630  
 Localidad: MALIBARISO ARGENTINAS  
 Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° Doc: 25521813  
 Teléfono: 1130334364

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: ALBUQUEIRA 1222  
 Ciudad: GUAYMA 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

(\*) Sintomas: \_\_\_\_\_

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

Firma

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. Rato 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

Aclaración: BETTINA A

Domicilio: ALBUQUEIRA 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. 48.167.06