

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: JESICA BEATRIZ GONZALEZ

Domicilio del Titular: JUAN PALLINEROS 4052

Ciudad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 40730887 Teléfono: 1166015373

Fecha de Nacimiento: 20/10/97

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): ALUMNA ADULTA

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: ↓ BCG: ↓ SARAMPION: ↓ TRIPLE: ↓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: JUAN PALLINEROS GONZALEZ Teléfono: 1562740949

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Juan Pallas Gonzalez
Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Mar del Plata, Buenos Aires

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a JESICA BEATRIZ GONZALEZ 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 Los Coludines, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Juanes Norma, Arguñaraz Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CENS 452

Fecha de ingreso: 06/12/2022

Juan Pallas Gonzalez
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: JESICA BEATRIZ GONZALEZ

Domicilio: JUAN PALLINEROS 4052

Localidad: LOS COLUDINES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 40730887

Teléfono: 1166015373

Fecha de Nacimiento del alumno: 20/10/97

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 40730887

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido MONICA SUSANA BIANCHI

Domicilio del Titular PERITO MORENO 2260

Ciudad LOS POLVORINOS Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 16866089 Teléfono 1567971845

Fecha de Nacimiento 16/06/63

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): ALUMNA

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 2 SARAMPION 2 TRIPLE 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido DAVID CINDYOL BENTON Teléfono 1552613670

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

DECLARACIÓN JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Los Polvorinos 09/11/2020

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijola Bianchi Mónica Susana 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 CAMPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es JUAREZ NORHA, ARGENTARAZ SILVIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CENS 452 MALVINAS ARGENTINAS

Fecha de Ingreso: 06/12/2022

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Bianchi Mónica S.

Domicilio: PERITO MORENO 2260

Localidad: LOS POLVORINOS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 16866089

Teléfono: 1567971845

Fecha de Nacimiento del alumno: 16/06/1963

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 16866089

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: DEVAILLE CANDELA HAIDE

Domicilio del Titular: EL CALILLAO 262

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 45203986 Teléfono: 1170362561

Fecha de Nacimiento: 300800

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): MODALIDAD ADULTOS

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requerirá 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: 5 SARAMPION: 5 TRIPLE: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TUZAN Mariana Teléfono: 1165785106

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

[Firma]
Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha: 09-11-2022

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Devalle Candela 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 Juarez Norma, Argüello Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: CENS 452

Fecha de ingreso: 06-12-2022

[Firma]

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Devalle Candela

Domicilio: EL CALILLAO 262

Localidad: Grand Bourg

Provincia: Bs AS

Tipo y N° Doc: 45203986

Teléfono: 1170362561

Fecha de Nacimiento del alumno: 30-08-2000

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 45203986

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 9-11-22 Grand Bourg

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Erelis Nouri Caro 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 Chenamalal, 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: Com 452

Fecha de ingreso: 06-12-22

ly.
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Erelis Nouri Caro

Domicilio: Beaucheff 3455

Localidad: Grand Bourg

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: 24.025.421

Teléfono: 1534710608

Fecha de Nacimiento del alumno: 6-8-74

Tipo y N° Documento del alumno: 24.025.421

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: EVELIN NOURICARLO

Domicilio del Titular: BEAUCHEFF 3455

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 24025421 Teléfono: 1534710608

Fecha de Nacimiento: 060874

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): MODALIDAD ADULTOS

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: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ISMAEL MARTINEZ Teléfono: 11-6114-7668

Cobertura Médica: O.S. P.F. E.S. I.Q. y P. Teléfono: 11-3424-4161

N° Afiliado: 20-25251353-204

ly.
Firma

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: VILLA DE HAYO 9/1/02

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos/as DAVID TRUJILLO 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 CORRIPIANO, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es JUAREZ LORNA ARGALUZA PAZ SILVIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: COED 432

Fecha de ingreso: 1/1/2002

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: DAVID TRUJILLO

Domicilio: SANCHEZ DE LOYA 3635

Localidad: VILLA DE HAYO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: 44395425

Teléfono: 1154920840

Fecha de Nacimiento del alumno: 11/11/1988

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 44395425

Turismo Social

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: DAVID TRUJILLO

Domicilio del Titular: SANCHEZ DE LOYA 3635

Ciudad: VILLA DE HAYO Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 44395425 Teléfono: 1154920840

Fecha de Nacimiento: 11/11/88

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: _____

B. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BABIN: completa BCG: completa SARAMPION: completa TRIPLE: completa

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: JOSÉ ALEJANDRO GARCÍA Teléfono: 1154920840

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: NO

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: RODRIGO TALA JKA

Domicilio del Titular: UNIDADES UNIDAS 377

Ciudad: TERTUGUITAS

Tipo y N° de Documento: MI 45203887

Provincia: Buenos Aires

Teléfono: 1170728360

Fecha de nacimiento: 16/06/04

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 (1) NO
 (1) 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: completo SARAMPION: completo TRIPLE: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: María Talaja Teléfono: 1153243466

Cobertura Médica: no Teléfono: _____

N° Afiliado: 10

[Firma]
Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Tertuguitas, 10/10/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mi hija Rodrigo Talaja a participar del Programa Escolar de Turismo Educativo, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades recreativas en la Unidad Turística Cabardón, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Suarez Norma, Aguiar Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: C.E.N.S. 452

Fecha de ingreso: 04/10/22

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: M. Talaja

Domicilio: unidades unidas 377

Localidad: Tertuguitas

Provincia: BA. AS

Tipo y N° Doc: MI 45203887

Teléfono: 1153243466

Fecha de nacimiento del alumno: 16/06/2004

Tipo y N° Documento del alumno: MI 45.20.3887

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 9/11/2022 Polvorinos

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a David Leon Velazquez 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 Catalinas 452, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Juarez Norma, Opañara Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CEAS 452

Fecha de ingreso: 06/12/2022

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: David Leon Velazquez

Domicilio: Tr. Cagirato 7.300

Localidad: Tierras Altas

Provincia: BS AS

Tipo y N° Doc: DNI 37.767.991

Teléfono: 11 30 745866

Fecha de Nacimiento del alumno: 30/7/1.993

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 37.767.991

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: DAVID LEON VELAZQUEZ

Domicilio del Titular: TR. CAGIRATO 7300

Ciudad: MDLVA, 1993 Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: DNI 37767991 Teléfono: 1130745866

Fecha de Nacimiento: 30/7/93

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): MODALIDAD ADULTOS

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Yamila Patricia Teléfono: 1190 727764

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: MAGDALENA ISABEL PARRALES
 Domicilio del Titular: MOSCANA 908
 Ciudad: LOS POLVOS RIMES Provincia: QUININDIA
 Tipo y N° de Documento: DNI 116645938 Teléfono: 1134806999
 Fecha de Nacimiento: 29/07/1963

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): Medalidad Adultos

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
 SI NO Cual? Supus - Abintomía Hepatección
 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 de mi enfermedad de base
 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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Juan Carlos Fontemne Teléfono: 1168760271
 Cobertura Médica: OSCTCP Teléfono: _____
 N° Afiliado: 0025082109

[Firma]
Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Los Polvos Rimes
11/11/2022

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Bita Magdalena 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 Granadina, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Juan Noema Orpañan Siles que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: Pens 452
 Fecha de ingreso: 06-12-2022

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Bita Magdalena
 Domicilio: Moscana 908
 Localidad: Los Polvos Rimes
 Provincia: Quindía
 Tipo y N° Doc: DNI 116645938
 Teléfono: 1134806999
 Fecha de Nacimiento del alumno: 29 julio 1963
 Tipo y N° Documento del alumno: _____

Lugar y Fecha: 02/11/22 Los Polvorines

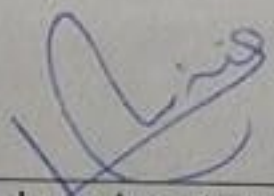
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Noelia Cabrera 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 que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Cens 452

Fecha de ingreso: 3/3/2022


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Cabrera Noelia

Domicilio: General Sanio 3636

Localidad: Los Polvorines

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: DNI 43096779

Teléfono: 1132986285

Fecha de Nacimiento del alumno: 02/03/1997

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 43096779

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: NOELIA BELEN CABRIERA

Domicilio del Titular: General Savio 3636

Ciudad: Malvinas Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: DNI 43096779 Teléfono: 1132486285

Fecha de Nacimiento: 020397

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)

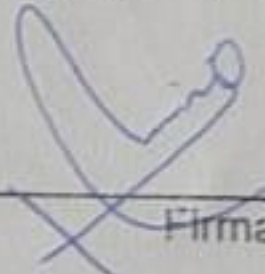
SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Brazón Figueroa Teléfono: 1138946285

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 02/11/22 Los Polvorines


Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Noelia Cabrera 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 Juarez Norma y Arganzraz Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Cens 452

Fecha de ingreso: 6/12/2022


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Cabrera Noelia

Domicilio: General Sanro 3636

Localidad: Los Polvorines

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: DNI 43096779

Teléfono: 1132986285

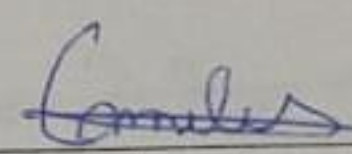
Fecha de Nacimiento del alumno: 02/03/1997

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 43096779

Lugar y Fecha: 09/11/22 SourdeauxSeñor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Gonzalez Milagros 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 Chaladmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Juarez Norma y Arganzaraz Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CENS 458Fecha de ingreso: 6/12/22
Firma del padre, tutor o encargadoAclaración: Suarez Maria LauraDomicilio: Pelzgio lunz 1490Localidad: Adolfo SourdeauxProvincia: Malvinas ARGTipo y N° Doc: 29703783 DNITeléfono: 1144714909Fecha de Nacimiento del alumno: 12-4-2003Tipo y N° Documento del alumno: DNI 44710287

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido M. MAGROS BONZAIKZ
 Domicilio del Titular Pelag. OLNAZ 149030UR DEZUX
 Ciudad DUENDESAIRES Provincia MALVINASARG
 Tipo y N° de Documento 44710287DNI Teléfono 1123386320
 Fecha de Nacimiento 1242003

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: (Accidente en moto)

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Maria Laura SuarezTeléfono: 1144214909 (Madre)Cobertura Médica: NOTeléfono: 1168715807 (Abuelo)N° Afiliado: NO(Firma)

Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido LUZ GONZALEZ AGUIÑO

Domicilio del Titular JUAN PELLIERE YOSZ

Ciudad MAIUVIONES Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 42873793 Teléfono 1135605331

Fecha de Nacimiento 31 08 2000

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: ✓ BCG: ✓ SARAMPION: ✓ TRIPLE: ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Enrique Gonzalez Aguiño Teléfono: 1562745949

Cobertura Médica: X Teléfono: X

N° Afiliado: X

[Firma]

Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 09/11/22 Los Polvorines

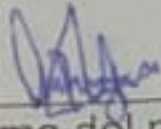
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Luiz Gonzalez Aguirre 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 Los Polvorines, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Juarez Norma y Arcezaraz Silvia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CENS 452

Fecha de ingreso: 6/12/2022


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Luiz Ramon Gonzalez Aguirre

Domicilio: Juan Polivice 4052

Localidad: Los Polvorines

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: Dni 42873793

Teléfono: 1135605331

Fecha de Nacimiento del alumno: 31/08/2000

Tipo y N° Documento del alumno: Dni 42873793

Turismo Social

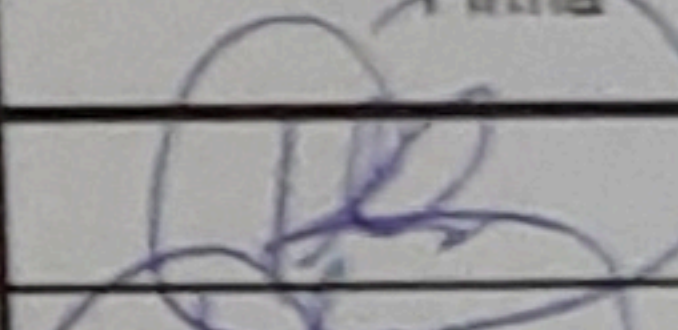
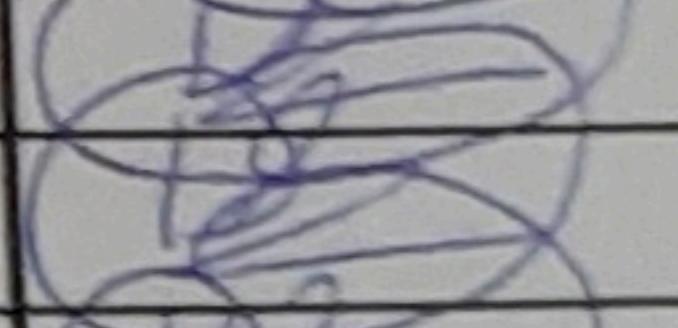
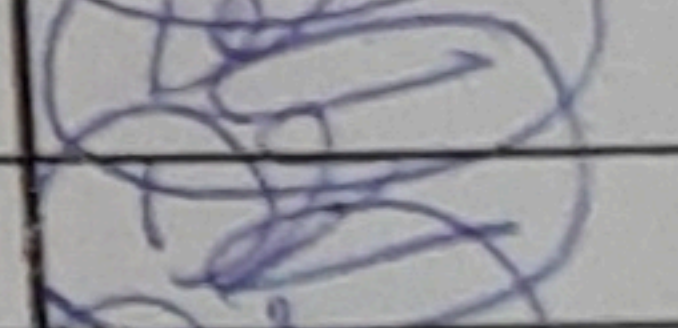
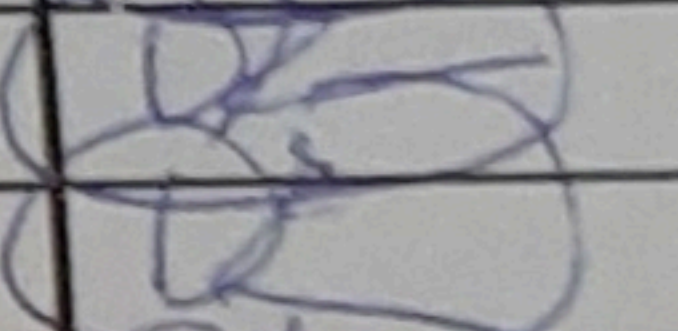
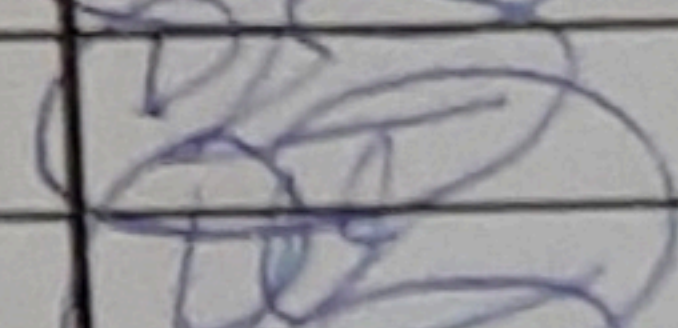
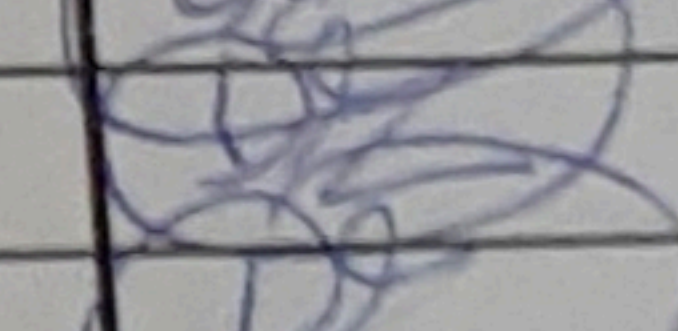
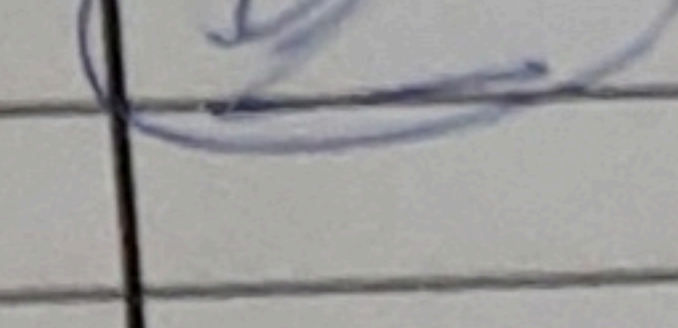
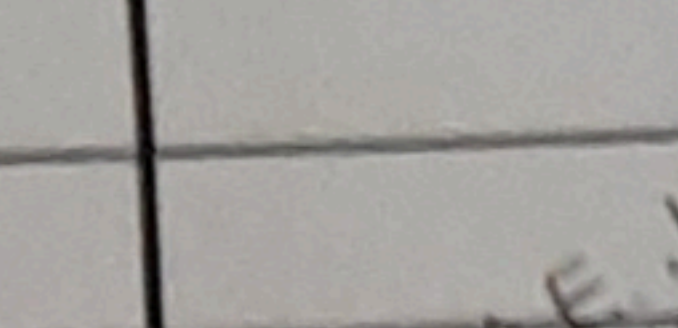
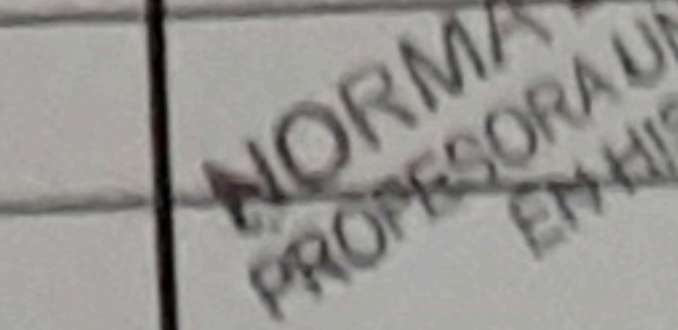
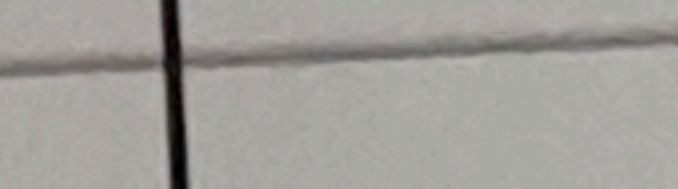
Institución

C.E.N.S. 452

VICUA DE MAYO

Día Mes Año

N° de registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Ingreso Mensual	Firma
JESICA GONZALEZ	40730887	20/10/97	JUAN PALLIERE 4052	1166015373		
MONICA BIANCHI	16866089	16/02/63	PERITO MORENO 2260	11.67971845		
CANDELA DE VALLE	45203986	30/08/2000	EL CALLAO 262	1170362561		
EVELIA CARO	24025421	06/08/74	BEAUCHEFF 3455	11.34710608		
DAIRA AZZI	44595725	14/11/2002	SANCHEZ DE LORIAS 820	11.5492.0840		
RODRIGO TALAICA	45203587	10/03/2004	NACIONES UNIDAS 377	11.57745466		
NAHUEL VAZQUEZ	37745266	30/07/93	TRIUNVIATO 2.300	11.30745266		
AGUSTIN PEREYRA	41214033	26/01/99	SUCRE 2442	11.40564539		
MAGDALENA BRITES	16.645.238	22/07/63	MASCONI 908	11.34806992		
NOELIA CABRERA	43.096.479			11.3298.6285		
LUZ GONZALEZ						

NORMA E JUAREZ
PROFESORA UNIVERSITARIA
EN HISTORIA