

DECLARACIÓN JURADA
Turismo Social
Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Grand Bourg
11/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MILAGROS OWEJERO 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 LVAREZ NORMA, GALLO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Yesica Chacón

Domicilio: Rep Argentina 1770

Localidad: Grand Bourg

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° Doc: 33715322

Teléfono: 1127526197

Fecha de Nacimiento del alumno: 24-05-06

Tipo y N° Documento del alumno: 47.342.750

Turismo Social

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: MILAGROS OWEJERO

Domicilio del Titular: REPUBLICA ARGENTINA

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: 47342750 Teléfono: 1127526197

Fecha de Nacimiento: 24-05-06

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: 4 BCG: 15 SARAMPION: SI TRIPLE: SI

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: YESICA CHACÓN

Teléfono: 1127526197

Cobertura Médica: UNION OBRERA

Teléfono: 0232041030

N° Afiliado: 1541037

[Firma]
Firma

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Señor
Ministro de Turismo

Lugar y Fecha: GRAS 2025 09/14/22

Por la presente autorizo a mis hijo/a PIEDRASALBA JAVIER 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 CHADABMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es JARIEZ NORMA, GALLO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESCUELA TURISMO DEL GRAS 2025

Fecha de ingreso: 08/12/22

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: [Firma]

Domicilio: 20250 Jolanda 3363

Localidad: Los Polvorinos

Provincia: 2025 A.M.S

Tipo y N° Doc: 3329550

Teléfono: 21.34273756

Fecha de Nacimiento del alumno: 28/03/2005

Tipo y N° Documento del alumno: 47.237.277

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: [Firma]

Domicilio del Titular: [Firma]

Ciudad: [Firma]

Tipo y N° de Documento: 47237277

Provincia: [Firma]

Teléfono: [Firma]

Fecha de Nacimiento: [Firma]

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros (especificar): [Firma]

3. ANTECEDENTES

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

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

Causa: [Firma]

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

(*) Síntomas: [Firma]

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: [Firma]

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: [Firma]

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: [Firma]

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 2 SARAMPION: 3 TRIPLE: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: [Firma]

Teléfono: 2134273756

Cobertura Médica: HOSPITAL PUBLICO

Teléfono: [Firma]

N° Afiliado: [Firma]

[Firma]
Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LAUTARO HUNEZ
 Domicilio del Titular: PASO DE LOS ANDES 1906
 Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: DNI 47237378 Teléfono: 1144052733
 Fecha de Nacimiento: 180406

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: _____ Teléfono: _____

Profesión Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

DECLARACIÓN JURADA

Ministerio de Turismo
Turismo SocialPlan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 07-11-2011
 GRAND BOURG

Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a HUNEZ LAUTARO, 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 CHAPADMALA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es NORMA JUAREZ Y ROMINA GALLO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: ELSI N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: LAUTARO

Domicilio: PASO DE LOS ANDES 1906

Localidad: GRAND BOURG

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 47237378

Teléfono: 1144052733

Fecha de Nacimiento del alumno: 18-04-06

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 47237378

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ALVAREZ MIRO
 Domicilio del Titular: BORMEISTER 933
 Ciudad: GRAND BOURG Provincia: Buenos Aires
 Tipo y N° de Documento: DNI 47116502 Teléfono: 1194299587
 Fecha de Nacimiento: 18/12/05

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? ninguna

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

Causa: mas de 3 Años (Vesícula)

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

normal

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: normal

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: Vesícula, pancreatitis.

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: ninguna.

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alvarez Sebastian (Padre) Teléfono: 1158431591

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 7/11/22
Gravado

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos/as Alvarez Miro 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 CHAPADRAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es JUAREZ NORHA, GAUO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: E.E.-S.T N°1

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Solución Pluas

Domicilio: Bormeister 933

Localidad: Grand Bourg.

Provincia: Bs Aires

Tipo y N° Doc: DNI 25997108

Teléfono: 1170890746

Fecha de Nacimiento del alumno: 18/12/05

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 47116502

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ALVAREZ MIRKO
 Domicilio del Titular: BURMEISTER
 Ciudad: GRAND BOURG
 Tipo y N° de Documento: DNI 47116502
 Provincia: Buenos Aires
 Teléfono: 1194299587
 Fecha de Nacimiento: 18/12/05

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

Causa: mas de 3 Años (Vesícula)

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

normal

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: normal

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: Vesícula, pancreatitis.

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alvarez Sebastian (Papa) Teléfono: 1158431591

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 7/11/22
GRAND BOURG

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Alvarez Mirko 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 CHAPADMAUL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es JUAREZ NORMA, GALLO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Solo con Papa

Domicilio: Burmeister 933

Localidad: Grand Bourg.

Provincia: Bs Aires

Tipo y N° Doc: DNI 25997408

Teléfono: 1170890746

Fecha de Nacimiento del alumno: 18/12/05

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 47116502

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: MÉNDEZ TOBIAS AUGUSTIN
 Domicilio del Titular: HIPOLITO BOUCHARD 840
 Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: DNI 47018178 Teléfono: 1162179740
 Fecha de Nacimiento: 11/10/05

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

(*) 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)

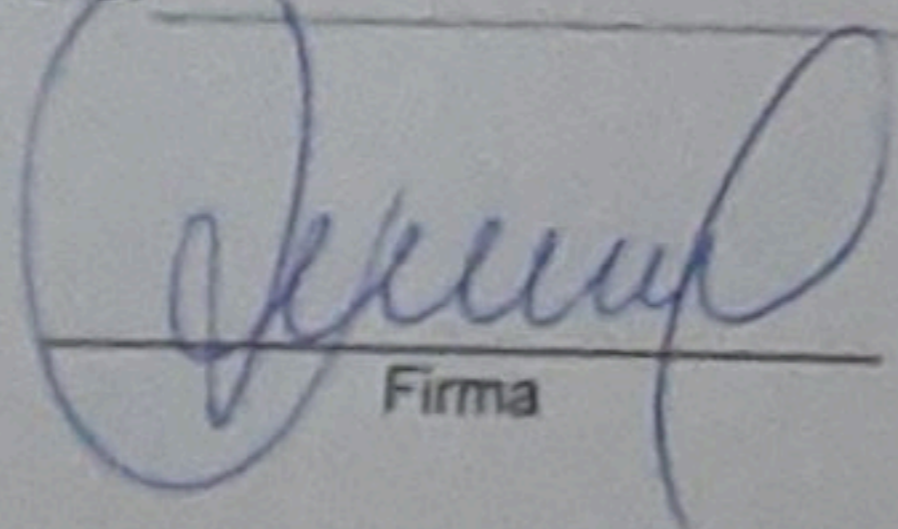
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Méndez Leticia (madre) Teléfono: 1162179740

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Grand Bourg
04 noviembre 22

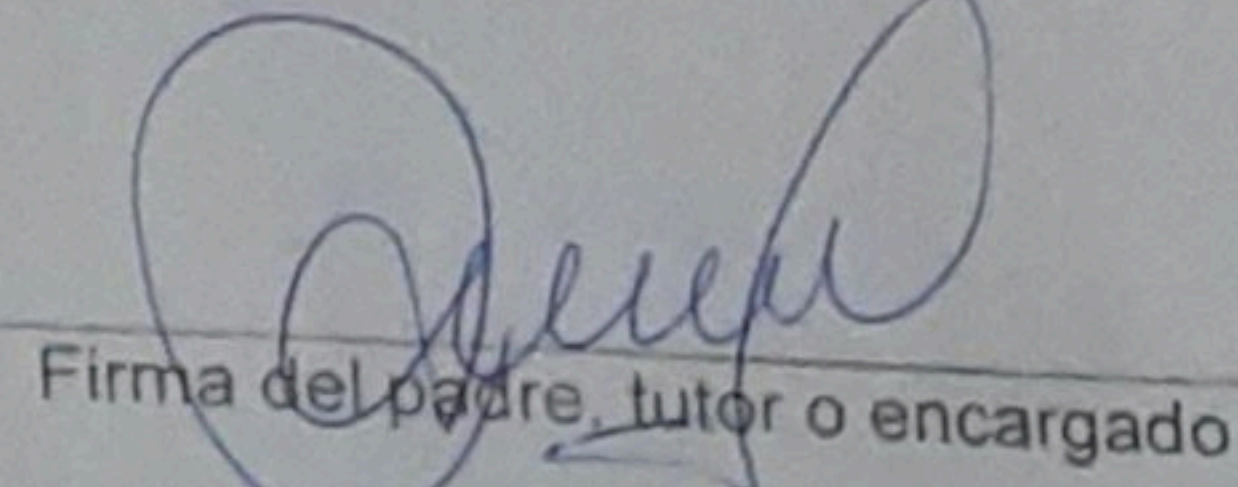
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Méndez Tobias 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, permaniendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. Juarez Norma Gallo Romina, Montenegro Claudio, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Méndez Leticia

Domicilio: Hipólito Bouchard 840

Localidad: Grand Bourg

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: Dni 29536218

Teléfono: 1162179740

Fecha de Nacimiento del alumno: 11 Octubre 2005

Tipo y N° Documento del alumno: Dni 47018178

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: AGUSTINA BERENICE FLORES
 Domicilio del Titular: JOSE LEON SUAREZ 3966
 Ciudad: POLVORINES Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: DNI 47699420 Teléfono: 1162014320
 Fecha de Nacimiento: 13/12/05

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

(*) 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: 4 TRIPLE: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: LUCIANA GONZALEZTeléfono: 1162014320Cobertura Médica: No

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Gonzalez
Firma

DECLARACIÓN JURADA

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha: POLVORINES, 10/11/2022Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a FLORES AGUSTINA 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 CHAPADMAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras JUAREZ NORMA, GALLO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. N° 1Fecha de ingreso: 06/12/22

Gonzalez
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Luciana Gabriela GonzalezDomicilio: José León Suárez 3966Localidad: Los PolvorinesProvincia: Buenos AiresTipo y N° Doc: DNI: 34576941Teléfono: 1162014320Fecha de Nacimiento del alumno: 13/12/2005Tipo y N° Documento del alumno: DNI: 47.699.420

Turismo Social

DECLARACIÓN JURADA
Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Los Polvorines
20/11/22

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Ayelén Esteban 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 Chacarimala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Juan y Norma Frías Poliviera, Montenegro Claudia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22

Gedhamoro
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: CHAMORRO GLADIS
Domicilio: Eutiquio Frías 4183
Localidad: Los Polvorines
Provincia: Buenos Aires
Tipo y N° Doc: 29675281
Teléfono: 1130939384
Fecha de Nacimiento del alumno: 14/06/2006
Tipo y N° Documento del alumno: 47473496

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: AYELLEN ESTEBAN
Domicilio del Titular: EUTIQUIO FRIAS 4183
Ciudad: LOS POLVORINES Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 47473496 Teléfono: 1130939384
Fecha de Nacimiento: 14/06/06

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

- 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Causa: _____
- 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 Causa: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GladiS Chamorro Teléfono: 1130939384
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Gedhamoro
Firma

Señor
Ministro de TurismoLugar y Fecha: GRAND BOURG
10/11/22

Por la presente autorizo a mis hijo/a VAIEL ZURITA 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 JUANET NORMA, GULLO ROMINA, MONTENEGRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T.Nº1Fecha de ingreso: 06/12/22

Mario Riquelme
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: MARIA LUQUEDomicilio: MARIO BRAVO 1231Localidad: GRAND BOURGProvincia: BUENOS AIRESTipo y N° Doc: 24827703Teléfono: 1140587076Fecha de Nacimiento del alumno: 21/06/2006Tipo y N° Documento del alumno: 47-334-418

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: VAIEL ZURITADomicilio del Titular: MARIO BRAVO 1231Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRESTipo y N° de Documento: 47334418 Teléfono: 1140587076Fecha de Nacimiento: 21/06/2006

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: _____4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: ARTICULACIONES

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MIGUEL ZURITA Teléfono: 1128062091Cobertura Médica: OSUTHGRA Teléfono: 1120587076N° Afiliado: 20-25384538-2

Mario Riquelme
Firma

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ELIAS NICOLAS MORALES
 Domicilio del Titular: BATALLA DE MAIPO 693
 Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BS AS
 Tipo y N° de Documento: DNI 47084689 Teléfono: 02320419129
 Fecha de Nacimiento: 07/11/05

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
 (*) 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: _____

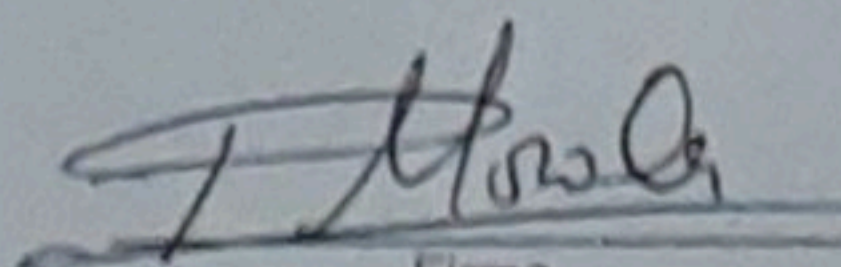
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Pedro Eloy Morales Teléfono: 02320-419129. 11.426.6425
 Autorización Médica: _____ Teléfono: _____
 Afiliado: _____


 Firma

DECLARACIÓN JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 07-11-2022
 GRAND BOURG

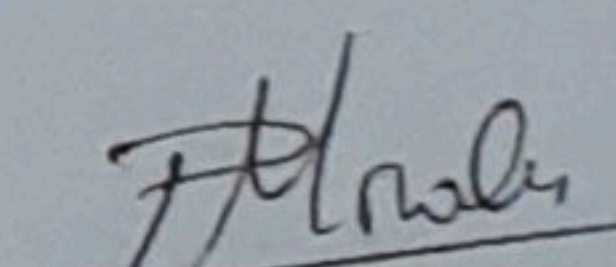
Señor
 Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MORALES ELIAS N 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 GRAL PUEYRREDON, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Norma Juarez y Romina Gallo que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.T. N° 1

Fecha de ingreso: 06/12/22


 Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: MORALES Pedro

Domicilio: BAT. Maipo 693

Localidad: GRAND BOURG

Provincia: Bs. As

Tipo y N° Doc: 14.506.429

Teléfono: 02320-419129

Fecha de Nacimiento del alumno: 07-11-2005

Tipo y N° Documento del alumno: DNI. 47.084.689

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: MICHAELA CONDORI

Domicilio del Titular: FRAY LUIS BELTRAN 1536

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 46942162 Teléfono: 1140823440

Fecha de Nacimiento: 18/08/05

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

(*) Síntomas: GRANDS

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 BOG SARAMPION TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FELIPE CONDORI Teléfono: 1162983290

Cobertura Médica: / Teléfono: /

N° Afiliado: /

Firma

DECLARACIÓN JURADA

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización PaternaLugar y Fecha: GRAND BOURG, 10/11/22Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MICHAELA CONDORI 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 MAR DEL PLATA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es TEJARES NORMA, GALDORHINA, BOUTENEIRO CLAUDIA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: TECNICA N°1Fecha de ingreso: 6 DE DICIEMBRE

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: CondoriDomicilio: FRAY LUIS BELTRAN 1536Localidad: GRAND BOURGProvincia: BUENOS AIRESTipo y N° Doc: DNI 46942162Teléfono: 1140823440Fecha de Nacimiento del alumno: 18/08/05Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46942162

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: IGNACIO MONTEMAGNO

Domicilio del Titular: PASO DE LOS PATOS 685

Ciudad: GRAND BOURG Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46562244 Teléfono: 1123167660

Fecha de Nacimiento: 19/04/05

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: DENGUE3.3. 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: _____

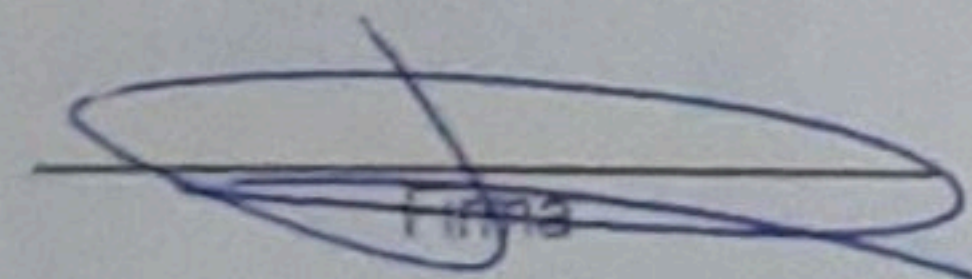
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TANIA PONCHONTeléfono: 1124727992

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____



DECLARACIÓN JURADA

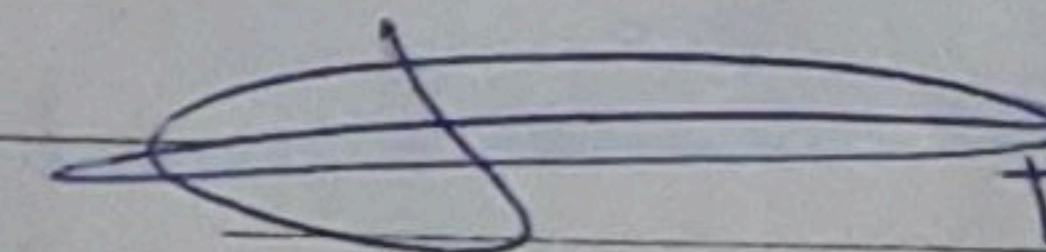
Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización PaternaLugar y Fecha: 07 de noviembre
del 2022 GRAND
BOURG.Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Montemagno Ignacio 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 Chapodmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Juarez Norma, Gallo Romina, Montenegro Claudia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: E.E.-ST. N°1Fecha de ingreso: 06/12/22

Firma del padre, tutor o encargado
Aclaración: Tania PonchonDomicilio: Paso de los Patos 685Localidad: GRAND BOURG.Provincia: Buenos AiresTipo y N° Doc: DNI 29.941.582Teléfono: 1124727992Fecha de Nacimiento del alumno: 19 de abril 2005.Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46.562.244

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido A. QUELAS HOYANO

Domicilio del Titular 9 DE MARZO 1587

Ciudad FLEBRASALTAS Provincia

Tipo y N° de Documento DNI 46364365 Teléfono

Fecha de Nacimiento

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: Apéndice 7/5

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: Lidia Silveira Teléfono: 1161865594

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

L L O N E L A G U S T I N C A B R E R A

Domicilio del Titular

C H A C A B U C O 7 9 5 7

Ciudad

G R A N D B O U R G

Provincia

B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento

D N 7 9 5 7 0 5 6 6 7

Teléfono

7 7 5 0 3 6 2 2 9 0

Fecha de Nacimiento

2 0 8 0 9

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

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:

3

BCG:

3

SARAMPION:

3

TRIPLE:

3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

MAIRA CABRERA

Teléfono:

11-3155-9160

Cobertura Médica:

-

Teléfono:

-

N° Afiliado:

-

1. DATOS DEL ALUMNO DOCENTE

Nombre y Apellido NORHA EDITH JUAREZ

Domicilio del Titular VELAZQUEZ 4212

Ciudad LOS POLVORINES Provincia BSAS

Tipo y N° de Documento DM 20486164 Teléfono 1128239389

Fecha de Nacimiento 08/07/1969

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? CERVICALGIA

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: CONTROLADO POR GASTRITIS

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Especificar: EXTRACCIÓN VESÍCULA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO

Cuál: ESQUINCE CRÓNICO

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIANO MIGUEL BUTIERREZ (Año) Teléfono: 1163695470

Cobertura Médica: IOMA Teléfono: _____

NRO DE AFILIADO 220486164800

Turismo Social

DECLARACION JURADA
GRUPOS NUMEROSOS
EVENTOS

Institución

E.E.S.T 1 GENERAL JOSE

DE SAN MARTIN

Día Mes Año

N° de registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Ingreso Mensual	Firma
LAUTARO NUÑEZ	47237378	15/4/2006	PASO DE LOS ANDES 1900	11 44052733		
URIEL ZURITA	47384418	21/6/2006	MARIO BRAVO 1231	11 90584076		
AYELEN ESTEBAN	47413496	14/6/2006	EUSTAGUIO FRÍAS 4183	11 30939384		
MICAELA CONDORI	46942162	18/8/2005	FRAY LUIS BELTRAN 1536	11 40823440		
TOBIAS MENDEZ	47019178	11/10/2005	HIPOLITO BOUCHARD 840	11 32526117		
MIGUELAS HOYANO	46564365	24/7/2005	9 DE MARZO 2537	11 67865594		
LEONEL CABRERA	45905667	20/8/2004	CHACABUO 1451	11 50362290		
ALEJANDRO PIEDRAS	47237277	28/3/2006	ROMAIN ROLLAND 5/N	11 34273756		
IGNACIO MONTEMAGNO	46562244	19/4/2005	PASO DE LOS PATOS 685	11 24727992		
EVAS MORALES	47084689	07/11/2005	BATALLA DE HAIPÚ 693	02320 419129		
MIRKO ALVAREZ	47116502	18/12/2005	BURMEISTER 933	11 70890746		
AUGUSTINA FLORES	47699420	13/12/2005	JOSE LEON SUAREZ 3966	11 62014320		
MILAGROS OVEJERO	47342750	24/5/2006	REPÚBLICA ARGENTINA 1770	11 27526197		

MORIN E. JUAREZ
PRESIDENTE INVENTARIO
SI HUBIERA