

Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO V

PLANILLA DE ALUMNOS, Y ACOMPAÑANTES

(La presente deberá incorporarse al libro de Registro de Actas Institucionales, antes de producirse la salida)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA E. E. SEC Nº 3  
 DISTRITO Brandsen  
 LUGAR A VISITAR Jóvenes y Memoria FECHA 24/11 al 27/11  
CIUDAD MALAL

Nº	Apellido y Nombre	Documento	Alumno	Edad	Docentes Responsables	
1	GARCIA MAURO G	45.863.673	X	18		07/08/04
2	BIOCCHI FLORENCIA D.	46.347.950	X	17		01/02/05
3	RIVERO DAIANA Ayele	47.145.375	X	16		18/06/06
4	JACQUELM Villán	47.092.476	X	16		17/01/06
5	Deqlialberti Fiamma	47.312.080	X	16		7/06/06
6	Deqlialberti Juan J.	46.006.336	X	18		04/09/04
7	CALLERI Milagras A	46.817.750	X	17		27/08/05
8	JUAN M. Zoffraneri	46.006.361	X	18		3/10/04
9	Rodriguez Juan C.	46.113.716	X	18		04/10/04
10	Estévez M. Belén	25.029.605			X	19/1/76
11	Aeruetá Georgina L.	21552017			X	12/4/70
12	JOSE CAPPELLETTI	13641668			X	27/12/59
13	ARIAS CRISTIAN	36228960			X	24/5/91

La presente planilla tendrá validez para toda tramitación oficial que se realice.

MARIANGELES PORTU  
 a E.E.S. Nº 3  
 Cnel. Brandsen

Firma de Autoridad del Establecimiento  
 (Ambas gestiones estatal y privada)

Firma del Inspector de Gestión Estatal

Firma de RL y/o Propietario de Gestión Privada

1) El presente formulario deberá estar completo por duplicado (Uno para la Institución y otro para la instancia de Supervisión)

2 Vole Jose Cappelletti 13.641.668 - 27/12/59

3 Vole Arias Cristian 36228960 - 24/5/91

Prof. MARIANGELES PORTU  
 Directora E.E.S. Nº 3  
 Cnel. Brandsen



FOLIO Nº 7

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a GARCIA MAURO GABRIEL  
DNI N° 45.863.673, domiciliado en la calle AVDA 270 Y GABRIEL O. 818  
de la localidad de BRANSEN Teléfono 2223 534887  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 del  
distrito BRANSEN a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHAPADMALAL el/los  
día/días 24/25/26/27 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

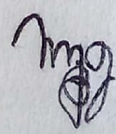
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BRANSEN

Fecha: 20/10

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

ALUMNO MAYOR DE 18  MAURO GABRIEL GARCIA

DNI N°: 45863673

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

(MAOR) 2223478122



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 20 / 10 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno GARGA MAURO GABRIEL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

NUZA VIRGINIA B.C.U.

Dirección NUZA 210 Y GABO BALDI 878 Teléfono: 2.223.478122

Lugar a viajar Complejo Chaz de Mabel

1. ¿Es alérgico? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios [ ]

b) Fracturas o esguinces [ ]

c) Enfermedades infecto-contagiosas [ ]

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] Si [ ] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

GARGA MAURO GABRIEL en BARRIOSEN a los 20 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Handwritten signature of the legal representative

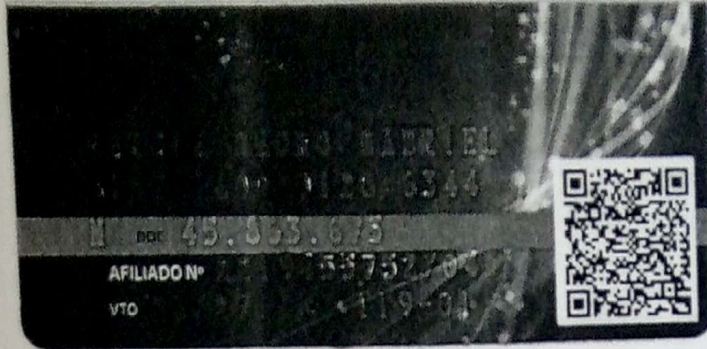
Aclaración de la Firma

MAURO GABRIEL GARGA





FOLIO  
Nº 10



ES COPIA  
DEL ORIGINAL

Prof. MARIANGELES PORTU  
Directora E.E.S. Nº 3  
Jeppener Cnel. Brandsen

Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION ~~SALIDA EDUCATIVA~~/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Florencia Bicocchi DNI Nº 46347950 domiciliado en la calle B. Emecca Casa 53 de la localidad de Jeppener Teléfono 2223 575972 que concurre al Establecimiento Educativo Nº 3 Guillermo Jeppener del distrito Brandsen a participar de la ~~Salida Educativa~~/Salida de Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los día/días 24-25-26-27 del mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Jeppener

Fecha: 17/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

*[Handwritten Signature]*  
Clotilde Fernández

DNI Nº: 25227783

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

- 2223 575727 (madre)
- 2223 575972 (padre)
- 2223 502881 (hermano)



FOLIO  
Nº 12

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 17.1.10.22

Apellido y Nombres del Alumno Bicocchi Florencia

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Lega

Fernández Claudia

Dirección Barrio Emeca N° 53 Teléfono: 223575727

Lugar a viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico?   No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación?   no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Obra Social?  si  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Florencia Bicocchi  
en Jepener a los 17 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

claudia Fernández  
Aclaración de la Firma



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 17 / 10 / 22

Apellido y Nombres del Alumno: Bicocchi Florencia

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Lega

Fernández Claudia

Dirección: Barrio Emma N° 53 Teléfono: 2223575727

Lugar a viajar: Chapodmola

1. ¿Es alérgico?  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación?  no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social?  sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Florencia Bicocchi

en Jappener a los 17 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando sí por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

claudia Fernández  
Aclaración de la Firma





Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a RIVERO, DAIANA ALEJANDRA DNI Nº 47.145.395, domiciliado en la calle RUTA 29 KM 16 de la localidad de SEPPENER Teléfono 1160040134 que concurre al Establecimiento Educativo Nº 3 GUILLERMO SEPPENER del distrito BRANDSEN a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JUVENES Y METORÍA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL el/los día/días 24, 25, 26 y 27 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: SEPPENER

Fecha: 19/10/22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: SANCHEZ NATALIA LORENZO

DNI Nº: 33.293.681 [Signature]

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMA 1160040134

PAPA 2223463591

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCEYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 19.10.22

Apellido y Nombres del Alumno: RIVERO DAIDA AYELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SANCHEZ NATALIA LORENZA

Dirección: RUTA 29 KM 16 Teléfono: 116004134

Lugar a viajar: CHAPADMAL

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios ( )
- b) Fracturas o esguinces ( )
- c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )
- d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] sí [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

RIVERO DAIDA AYELEN en \_\_\_\_\_ a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando sí por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten Signature]

Aclaración de la Firma

SANCHEZ NATALIA LORENZA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19.10.22

Apellido y Nombres del Alumno RIVERO DAIANA AYELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SANCHEZ NATALIA LORENZA

Dirección RUTA 29 KM 16 Teléfono: 46004134

Lugar a viajar CIAPADRAL

¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios ( )
b) Fracturas o esguínces ( )
c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )
d) Otras: ( )

¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

RIVERO DAIANA AYELEN en los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Signature]

Aclaración de la Firma SANCHEZ NATALIA LORENZA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS-EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19.10.22

Apellido y Nombres del Alumno RIVERO DAIANA ATELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SANCHEZ NATALIA LORENZA

Dirección RUTA 29 KM 16 Teléfono: 116000134

Lugar a viajar CIAPADRAL

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ( )

b) Fracturas o esguinces ( )

c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )

d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

RIVERO DAIANA ATELEN en \_\_\_\_\_ a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Signature]

Aclaración de la Firma SANCHEZ NATALIA LORENZA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19 / 10 / 22

Apellido y Nombres del Alumno RIVERO DAIANA AYELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SANCHEZ NATALIA LORENZA

Dirección RUTA 29 KM 16 Teléfono: 16000134

Lugar a viajar CUA PADRAL

1. ¿Es alérgico?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación?  Sí  no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social?  sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

RIVERO DAIANA AYELEN en los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando a... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma  
SANCHEZ NATALIA LORENZA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19.10.22

Apellido y Nombres del Alumno RIVERO DAIANA AYELEN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

SANCHEZ NATALIA LORENZA

Dirección RUTA 29 KM 16 Teléfono: 46000134

Lugar a viajar CIUDAD REAL

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ( )

b) Fracturas o esguinces ( )

c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

RIVERO DAIANA AYELEN en a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Signature]

Aclaración de la Firma

SANCHEZ NATALIA LORENZA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a ERANEA SACQUEL NE VILLAN  
DNI N° 47.092.496 domiciliado en la calle PICAZO 99 Y LAS HANGARINAS  
de la localidad de BRANDSEN Teléfono 2220695929  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 GOBERNADOR SERRANO del  
distrito BRANDSEN a participar de la ~~Salida~~ Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHAMBALAI  
los días 24/10/26 y 29 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos accesorios, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BRANDSEN

Fecha: 19-10-22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: [Firma] Figueroa Reina

DNI N°: 35891142

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAIA: 2228675429

PAPA: 2223462237

IF-2017-0170664-GDEBA-CGCYEDOCYE



ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19/10/2022

Apellido y Nombres del Alumno GABRIELA JACQUELINE VILLAN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

MAIRA SOLEDAD FIGUEROA

Dirección DICAZO 99, X LAS MARGARITAS teléfono: 2223 675727

Lugar a viajar CHAPAD MALA

1. ¿Es alérgico?  SI  NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación?  SI  NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social?  SI  NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija GABRIELA JACQUELINE VILLAN en BLANSEN a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando SI por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se real forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

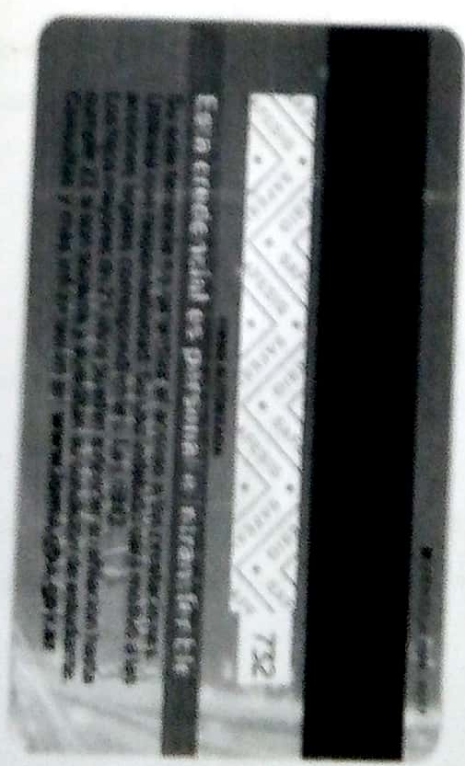
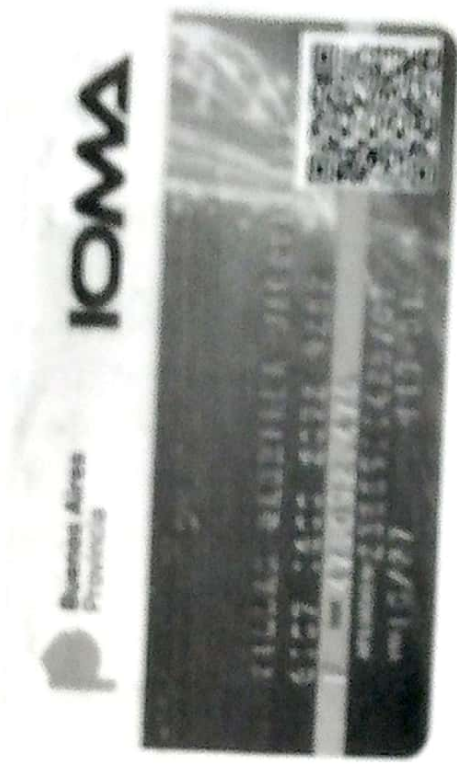
[Handwritten signature]

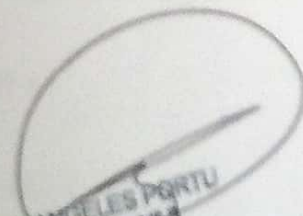
Aclaración de la Firma Figueredo M

IF-2017-01706868-GDEB







  
Prof. MARIANGELES PORTU  
Directora E.E.S. Nº 8  
Seppener Cnel. Brandeán  
  
ES COPIA  
DEL ORIGINAL



Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diego Alberto, Juan Ignacio DNI Nº 16.006.336 domiciliado en la calle CONONEL SUAREZ 446 de la localidad de CONONEL BRANDSEN Teléfono 2223 436565 que concurre al Establecimiento Educativo Nº ES Nº 3 Guillermo Joppert distrito Joppert a participar de la ~~Salida Educativa~~ salida de Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHASCOMUS días 24, 25, 26 y 27 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar

Lugar: BRANDSEN

Fecha: 19-10-22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

*[Handwritten signature]*  
García María Emilia

DNI Nº: 3282386

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMA = 2223 436565

PAPA = 2223 422165

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDUCYF

Corresponde al Expediente Nº 5802-1701423/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diego Andres, Juan Ignacio  
DNI Nº 46.006.236..... domiciliado en la calle Patrona Sur 446  
de la localidad de Concepcion Brandon..... Teléfono 2223 436565  
que concurre al Establecimiento Educativo Nº ES N° 3 Guillermo Joppert  
distrito Joppert..... a participar de la ~~Salida Educativa~~ salida de  
Representación Institucional..... JOVENES y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHAPOMALA..... el/los  
día/días 24, 25, 26 y 27 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar mediante transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

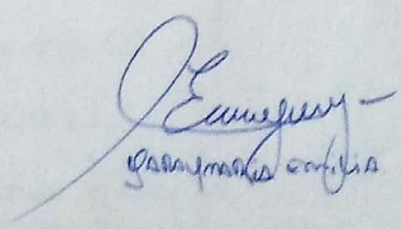
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BRANDON

Fecha: 19-10-22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:



DNI N°: 3282386

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMA = 2223-436565

PAPA = 2223-422165



Carta de Autorización de Expediente N° 000-0000000

0000000

PLANTILLA DE FOLIO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE EXPEDIENTE INSTITUCIONAL

Fecha: 05/01/23

Apellido y Nombre del Titular: Dagoberto, Juan Ignacio

Apellido y Nombre de Padre: Matteo Título y Representación Legal:

Apoderado del menor

Dirección: Av. Santa Rosa 140 Teléfono: 3374 1114

Lugar a ir: Chilpancingo

1. ¿Es urgente?   (marcar si que se corresponde)

En caso de respuesta positiva ¿a qué?

2. ¿Se refiere en los últimos 30 días a alguno de los siguientes:

- a) Procesos infecciosos
- b) Fracturas y lesiones
- c) Enfermedades crónicas contagiosas
- d) Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación?   (marcar si que se corresponde)

En caso de respuesta positiva ¿cuál, con diagnóstico y prescripción médica

4. ¿Esta sustancia de cualquier naturaleza que sea sea necesaria para el uso de personal médico y durante el viaje?

5. ¿Tiene Carta Social?   (marcar si que se corresponde)

En caso de respuesta positiva deberá consignarse en la planilla y adjuntarse con el carnet presentando una copia para adjuntar a la presente

Cada sustancia de la lista consignada en la planilla de salud de su hijo/a

de: Dagoberto, Juan Ignacio día del mes de enero del año 2023

del año 2023 autorizando  por la presente a actuar en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se otorga en la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre/Madre/Tutor o Representante Legal

*[Handwritten Signature]*

3374 386  
Actuación de la Firma  
Juan Ignacio Dagoberto

Corresponde al Expediente Nº 5802-170142177

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19/10/22

Apellido y Nombres del Alumno DEGLIACERTI, JUAN IGNACIO

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

GLAY, MARIA EMILIA

Dirección Coronel Suarez 446 Teléfono: 223436565

Lugar a viajar CHAPADMA

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ( )

b) Fracturas o esguinces ( )

c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

DEGLIACERTI, JUAN IGNACIO en BRANSEN a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

33282386

Aclaración de la Firma Glay, maria emilia

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha... 19/10/22

Apellido y Nombres del Alumno... DEGLIACERTI, JUAN IGNACIO

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

... GARY MARIA EMILIA

Dirección... Coronel SUAREZ 446... Teléfono: 2223 436565

Lugar a viajar... CHAPADMA

1. ¿Es alérgico?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación?  Sí  no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

DEGLIACERTI, JUAN IGNACIO  
en... BARRIOSEN... a los... 19... días del mes de OCTUBRE...

del año 2022... autorizando... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

33282386

Aclaración de la Firma  
gary maria emilia

(F-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCTE)





Corresponde al Expediente N° 5802-170142107

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION  
INSTITUCIONAL.

Por la presente autorizo a mi hijo/a Degialbert, FAMIA  
DNI N° 47.312.000 domiciliado en la calle Colonel Suarez 446  
de la localidad de BRANDSEN Teléfono: 2223-427504  
que concurre al Establecimiento Educativo N°3 Guillermo Jefferen del  
distrito Brandesen Jefferen a participar de la ~~Salida Educativa~~ Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHALABAMA años  
~~de~~ días 24, 25, 26 y 27 del mes de Noviembre del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

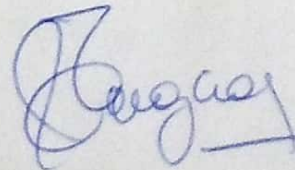
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BRANDSEN

Fecha: 19-10-22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 MARÍA EMILIA GERA

DNI N°: 33.282.386

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMÁ = 2223-436565  
PAPA = 2223-422165  
TIA RUTH =

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEIDICYE

Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 19/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: DEGUABERTI, FANNA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

MARIA EMILIA GARAY

Dirección: COLON BARRI 446 Teléfono: 2223-436595

Lugar a viajar: CHAROMA

1. ¿Es alérgico? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija DEGUABERTI, FANNA en BRANDSEN a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando a... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

MARIA EMILIA GARAY

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCTE

Corresponde al Expediente Nº 5602-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19/10/22

Apellido y Nombres del Alumno: DESUALBERTI, FAMILIA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

MARIA EMILIA GARAY

Dirección: COLONIA SANCHEZ 446 Teléfono: 2223-436595

Lugar a viajar: CHAPOMALA

1. ¿Es alérgico?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Obra Social?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

DESUALBERTI, FAMILIA

en BRANDSEN a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

MARIA EMILIA GARAY

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE







Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

## ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a MILAGROS AGUSTINA CALLENI  
 DNI N° 46.817.750, domiciliado en la calle ITALIA ESQ. FRANCIA  
 de la localidad de TERRENEM Teléfono 2223-502088  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 GUILLERMO TERRENEM del  
 distrito BRANDSEN a participar de la ~~Salida Educativa~~ Salida de  
 Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
 localidad de CHADMALAL el/los  
 día/días 24/25/26 y 27 del mes de NOVIEMBRE del  
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: TERRENEMFecha: 19-10-2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI N°: 30.975.446

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMA' - 2223-502088PAPA' - 2223-514245

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 19.1.2022

Apellido y Nombres del Alumno MILAGROS AGUSTINA CALLEMI

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

ANDREA GISELA SOLEDAD LACAVA

Dirección ITALIA EQ FRANCIA Teléfono: 2222-102088

Lugar a viajar CHADANTAL

1. ¿Es alérgico? [Si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? POLVO, SOL, PIMIENTA,

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios [ ]
b) Fracturas o esguinces [ ]
c) Enfermedades infecto-contagiosas [ ]
d) Otras: [ ]

3. ¿Está tomando alguna medicación? [Si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [Si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

MILAGROS AGUSTINA CALLEMI en JERRENE a los 19 días del mes de OCTUBRE

del año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

ANDREA G.S. LACAVA

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION ~~SALIDA EDUCATIVA~~ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Juan Evangelista Rodriguez, N° 46 113 716, domiciliado en la calle Calle 10 entre calle 117 y 118 la localidad de Brandsen Teléfono 2223 936796 que concurre al Establecimiento Educativo N° Escuela Secundaria N°3 Jeppener del distrito Brandsen a participar de la ~~Salida Educativa~~/Salida de representación Institucional Jovenes y Memoria a realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los días 24, 25, 26 y 27 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Jeppener

Fecha: 28/10/2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

[Signature]  
Mariano Rodriguez

DNI N°: 24262340

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 18/10/2022

Apellido y Nombres del Alumno: Juan Cipriano Rodriguez

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Mariano Rodriguez

Dirección: Calle 10 entre calles 118 y 117. Teléfono: 2223-43-6746

Lugar a viajar: Chacabuco

¿Es alérgico?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras: \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicación?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

¿Tiene Obra Social?  Sí  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en Juan Cipriano Rodriguez a los 18 días del mes de octubre

del año 2022 autorizando Sí por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Mariano Rodriguez  
Aclaración de la Firma



 Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor de la República Argentina

DNI TIT: 24269840

**FAMILIAR**  
Benefic. Obra Social PMI  
Titular afiliado a Sindicato

RODRIGUEZ, JUAN C.  
DNI: 46113716  
HIJO SOLTERO MENOR DE 21 AÑOS

CA: CNEL BRANDSEN  
SECC. CHASCOMUS

*José Rodríguez*  
Presidente

ES COPIA

*[Signature]*

Prof. MARIANGELES PORTU  
Directora E.E.S. Nº 3  
Jeppener Cnel. Brandsen

Domicilio AVDA MITRE 51  
Localidad CNEL BRANDSEN  
Teléfono (NULL)  
Alérgico -  
Donante NO  
Grupo Sang. ?  
Versión C.  
Nro Interno/ vencimiento 28/10/2025

FOLIO  
Nº 33



**Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor de la República Argentina**

**FAMILIAR**  
Beneficio Obra Social FMI  
Titular afiliado a Sindicato

DN/TT: 2426840

RODRIGUES, JUAN C.  
DNI: 45115715  
Hijo SOLTERO MENOR DE 14 AÑOS

CN. CNEL BRANDSEN  
SECC. CHASCOWILS

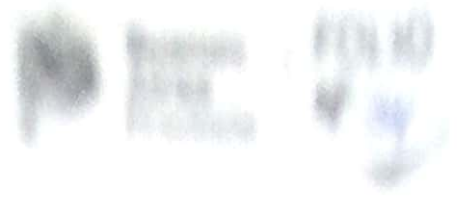



ES COPIA

Prof. NARRANSELES POFOL  
Directora E.E.S. Nº 9  
Leopoldo Cnel. Brandsen

Domicilio	AVDA MITRE 51
Localidad	CNEL BRANDSEN
Teléfono	(NULL)
Alérgico	-
Donante	NO
Grupo Sang.	?
Versión C.	
Nro. Internaci/ vencimiento	28/10/2025





Ministerio de Educación  
SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN  
SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN

En el presente informe se expone una serie de aspectos  
relativos al desarrollo de las actividades de enseñanza  
de la asignatura de Matemáticas en el primer grado de  
la educación primaria, así como de la forma de evaluar  
los aprendizajes de los estudiantes en esta asignatura.  
Este informe tiene como finalidad proporcionar información  
sobre el desarrollo de las actividades de enseñanza  
de la asignatura de Matemáticas en el primer grado de  
la educación primaria.

Este informe de que se da cuenta en las características particulares de dicha  
asignatura, así como de los niveles de las competencias de los estudiantes a desarrollar, así como de  
las estrategias de enseñanza y formas de evaluar los aprendizajes de los estudiantes.

Además, se hace referencia de la forma de organizar el currículo con respecto a la  
planificación de las actividades de enseñanza y aprendizaje, así como de las  
formas de evaluar los aprendizajes de los estudiantes en esta asignatura.

Además, se hace referencia de la forma de organizar el currículo con respecto a la  
planificación de las actividades de enseñanza y aprendizaje, así como de las  
formas de evaluar los aprendizajes de los estudiantes en esta asignatura.

Los docentes a cargo del currículo y ejecución de las actividades de enseñanza  
de esta asignatura en el primer grado de la educación primaria deben tener  
presente los aspectos de la asignatura y estar conscientes de que los estudiantes pueden lograr

Este informe

Fecha: 20 de mayo de 2011

Firma y sello del Director General de Educación: *Fernando Luján*  
*Luján*

Dirección de Educación Primaria

Señores de Educación (señores): Cuando los docentes que participan en esta asignatura  
de esta asignatura, resulta suficiente la esta asignatura firmada por los mismos docentes.

Este informe

Fecha: 20 de mayo de 2011

SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 29/10/22

Apellido y Nombres del Alumno Juan Manuel Ponce Luciana

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Ponce Luciana

Dirección Páez 535 Esquina 3 Teléfono: 2243 953593

Lugar a viajar Ciudadela

1. ¿Es alérgico?  No  (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

- a) Procesos Inflamatorios
- b) Fracturas o esguinces
- c) Enfermedades infecto-contagiosas
- d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación?  No  (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Obra Social?  Si  No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Juan Manuel Ponce Luciana

en 29/10/22 a los 17 días del mes de Octubre

del año 2022 autorizando Si por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Ponce Luciana

Aclaración de la Firma

Ponce Luciana

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

página 26 de 33





ES COPIA  
DEL ORIGINAL

Prof. MARIANGELES PORTU  
Directora E.E.S. Nº 3  
Jeppener Cnel. Brandsen

