

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:		

Referencia: EES N 35, GRAND BOURG, MALV ARG



Ministerio de Turismo y Deportes Argentina

TURISMO SOCIAL

centro.ada@turismoysportessocial

TARIFAS

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obtención de las plazas, tampoco se anticipa reservas.

El primer integrante de la planilla se considera como el titular de la reserva

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones
1	16.849.024	REYNA	SANDRA	29/11/1963	Sin cargo	no completar	no completar
2	10.212.325	HEREDIA	NESTOR	16/11/1951	Sin cargo		
3	48.884.297	LUJAN	JUAQUIN	19/06/2008	Sin cargo		
4	49.374.600	MARAÑON	EMANUEL	03/05/2009	Sin cargo		
5	51.131.714	SORAIRE	TAMARA	13/11/2006	Sin cargo		
6	49.364.049	ALMIRON	THIAGO	05/04/2009	Sin cargo		
7	50.544.747	VELIZ	GABRIEL	20/10/2010	Sin cargo		
8	48.997.348	GIMENEZ	SERGIO	10/10/2008	Sin cargo		
9	48.848.378	NUÑEZ	CLARA	12/09/2008	Sin cargo		
10	48.696.630	GUERRERO	YAMILA	28/03/2008	Sin cargo		
11	50.488.523	FERREIRA	KIARA	04/07/2010	Sin cargo		
12	48.848.379	NUÑEZ	AMERIS	12/09/2008	Sin cargo		
13	46.419.398	PAVON	RODRIGO	09/02/2008	Sin cargo		
14	48.647.212	VEGA	MAXIMO	09/02/2008	Sin cargo		
15	47.084.736	IÑIGUEZ	GONZALO	01/12/2005	Sin cargo		

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha:

20/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Heredia Nestor a participar del Programa de Turismo Social, 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 Luzmila Reyna que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EESN° 36

Fecha de ingreso:

29/12/23

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Nestor Heredia

Domicilio:

Villa de Mayo 3360

Localidad:

Villa de Mayo

Provincia:

B=AS

Tipo y N° doc:

DNI 10212.325

Teléfono:

11 25186090

Fecha de nacimiento el/la menor:

16/11/51

Tipo y N° documento el /la menor:

1. DATOS

Nombre y Apellido: SANORA REYNA
Domicilio del Titular: HEMINGWAY 284
Ciudad: ADOLFO SORIANO Provincia: B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento: 16849024 Teléfono: 1121942328
Fecha de Nacimiento: 29/11/63

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: 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: _____

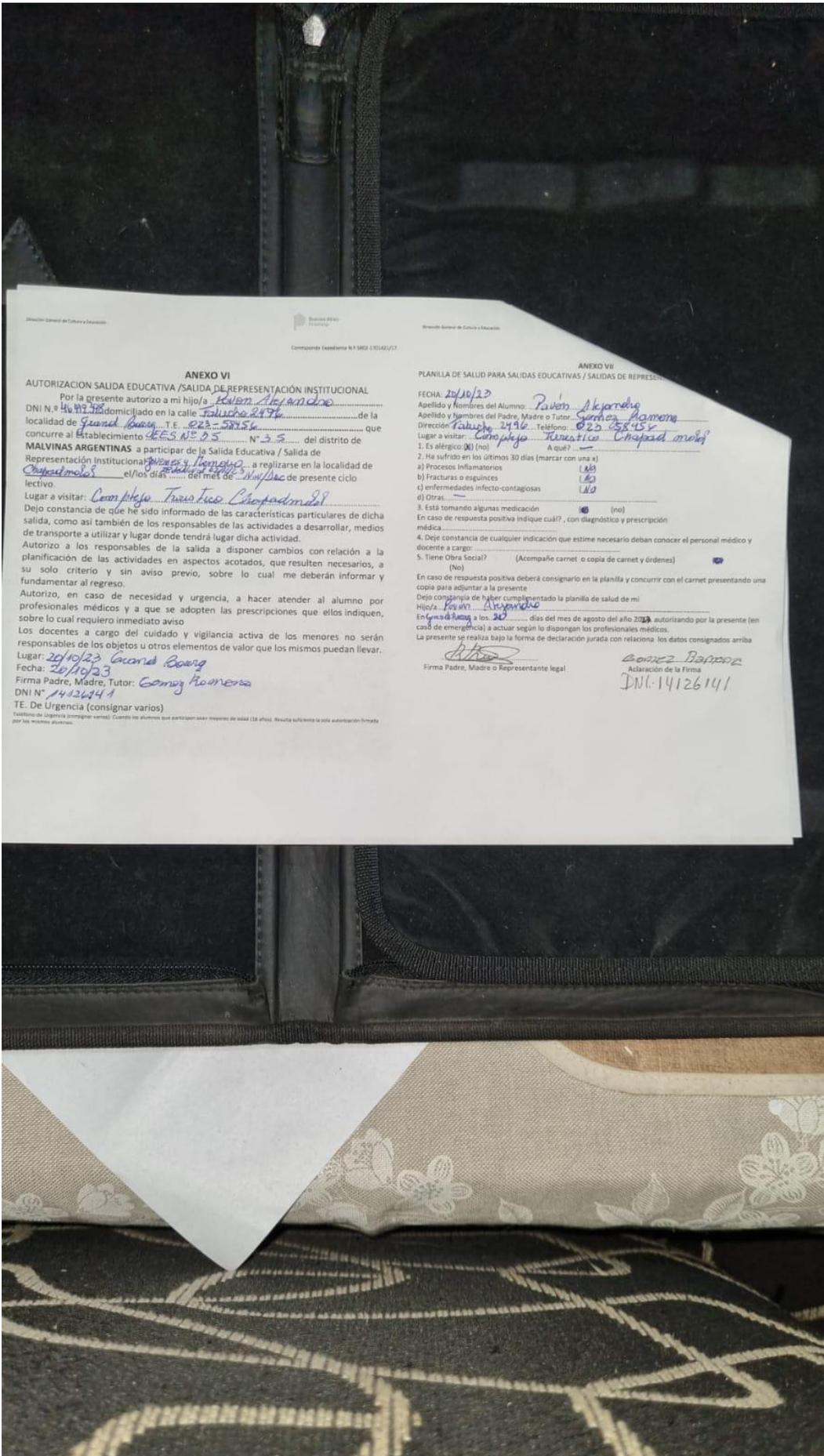
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 1^{ra} y 2^{da} dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: David Reyna Teléfono: _____
Cobertura Médica: IDHA Teléfono: _____
N° Afiliado: 2168490248/00

[Firma]
Firma



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ruben Alejandro DNI N° 14126141 domiciliado en la calle Talicho 2496 de la localidad de Grand Bourg T.E. 023-58456 que concurre al Establecimiento EES Nº 05 N° 35 del distrito de **MALVINAS ARGENTINAS** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Travesía y Homaje a realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los días 20/10/23 del mes de Octubre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: Complejo Turístico Chapadmalal
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: 20/10/23 Grand Bourg

Fecha: 20/10/23

Firma Padre, Madre, Tutor: Gomez Rosensa

DNI N° 14126141

T.E. De Urgencia (consignar varios)

Este formulario es de uso interno (no imprimir). Cuando los alumnos que participan sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION

FECHA: 20/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Ruben Alejandro
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Gomez Rosensa
Dirección: Talicho 2496 Teléfono: 023-58456
Lugar a visitar: Complejo Turístico Chapadmalal

1. Es alérgico (X) (no) A qué? NO
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
a) Procesos inflamatorios NO
b) Fracturas o esguinces NO
c) enfermedades infecto-contagiosas NO
d) Otras: NO

3. Está tomando algunas medicación NO (no)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstica y prescripción médica: NO

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: NO
5. Tiene Obra Social? NO (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes)

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/a: Ruben Alejandro

En Grand Bourg a los 20 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: Gomez Rosensa

Adaptación de la firma: DNI: 14126141



ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Sorai E. Candiani DNI N.º 33174 domiciliado en la calle Palpa 1270 de la localidad de Grand Bourg que concurre al Establecimiento EES M. BOURG que MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Grand Bourg a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA 02/12 días del mes de Nov. Dic. de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad. 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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23

Firma Padre, Madre, Tutor: Candiani Sorai

DNI N.º: 33076328

TE. De Urgencia (consignar varios)

Autorización válida por un (1) viaje. Cuando los alumnos que participan sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización. Procede por los términos antes.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: SORAI E. CANDIANI

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: CANDIANI ROYO

Dirección: Palpa 1270 Ciudad: Grand Bourg

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico (no) (X) a qué? _____

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

a) Procesos Inflamatorios ()

b) Fracturas o esguinces (X)

c) enfermedades infecto-contagiosas ()

d) Otras: _____

3. Está tomando alguna medicación () (no)

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

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

5. Tiene Obra Social? () (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes)

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

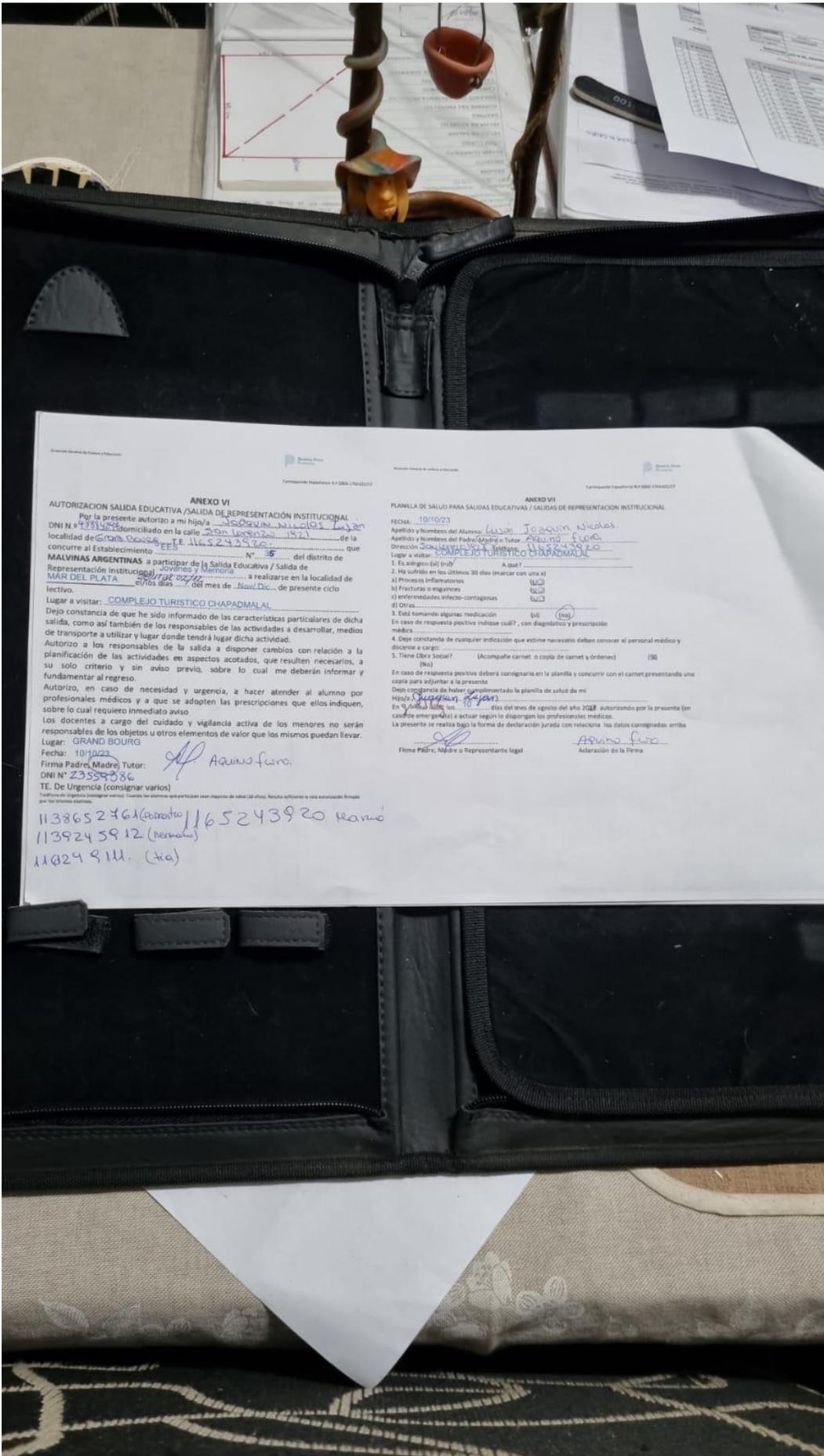
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a SORAI E. CANDIANI 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre o Representante legal: Candiani Royo

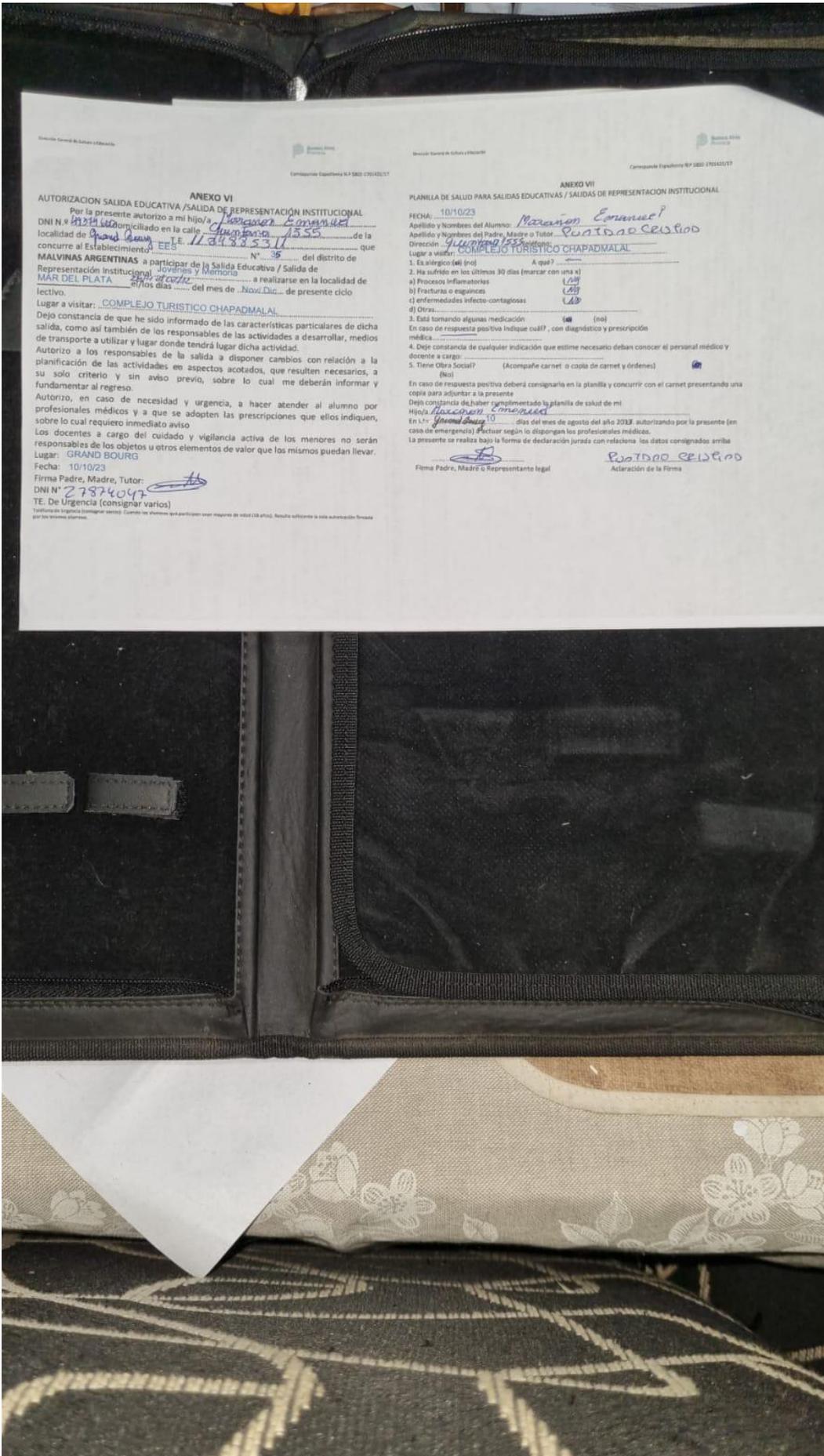
Aclaración de la Firma: Candiani Royo





ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a Joaquín Nicolás Lujan DNI N° 17381425 domiciliado en la calle 25 de Mayo 1521 de la localidad de Gran Bourg E.E.S. N° 35 del distrito de MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de GRAND BOURG a los días 10 y 11 del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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 de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.
 Lugar: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre, Madre, Tutor: [Firma] Aguiñero
 DNI N° 23359886
 TE. De Urgencia (consignar varios)
 1138652461 (mamario) / 165243920 (mamario)
 1139245912 (mamario)
 110249111 (fig)

ANEXO VI
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: Lujan Joaquín Nicolás
 Apellido y Nombres del Padre/Madre o Tutor: Aguiñero
 Dirección: 25 de Mayo 1521 Malvinas Argentinas
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico (a) (no) / (sí) (no) A qué? _____
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 a) Procesos infecciosos (X)
 b) Fracturas o esguinces (X)
 c) enfermedades infecto-contagiosas (X)
 d) Otras _____
 3. Está tomando algunas medicación (si) (no)
 En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____
 5. Tiene OMR a la par? (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes) (SI) (No) _____
 En caso de respuesta positiva deberá consignarla 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/a Joaquín Nicolás a los días 10 y 11 del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: [Firma]
 Adscripción de la Firma: Aguiñero



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Marcelo Emanuel DNI N° 8724600 domiciliado en la calle Av. 1555 de la localidad de Grand Bourg E.E. 1134385311 que concurre al Establecimiento MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA en los días del 27 al 30 del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL. Dejó 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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 sólo 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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre, Tutor: [Signature]
DNI N° 27874047
TE. De Urgencia (consignar varios)

Validación Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos participen con riesgo de vida (U.S. 112). Resulta suficiente la sola autorización firmada por los docentes.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Marcelo Emanuel
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: RODOLFO CELESTINO
Dirección: Av. 1555
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- 1. Es alérgico (sí / no) no
- 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 - a) Procesos inflamatorios [X]
 - b) Fracturas o esguinces [X]
 - c) enfermedades infecto-contagiosas [X]
 - d) Otras: _____

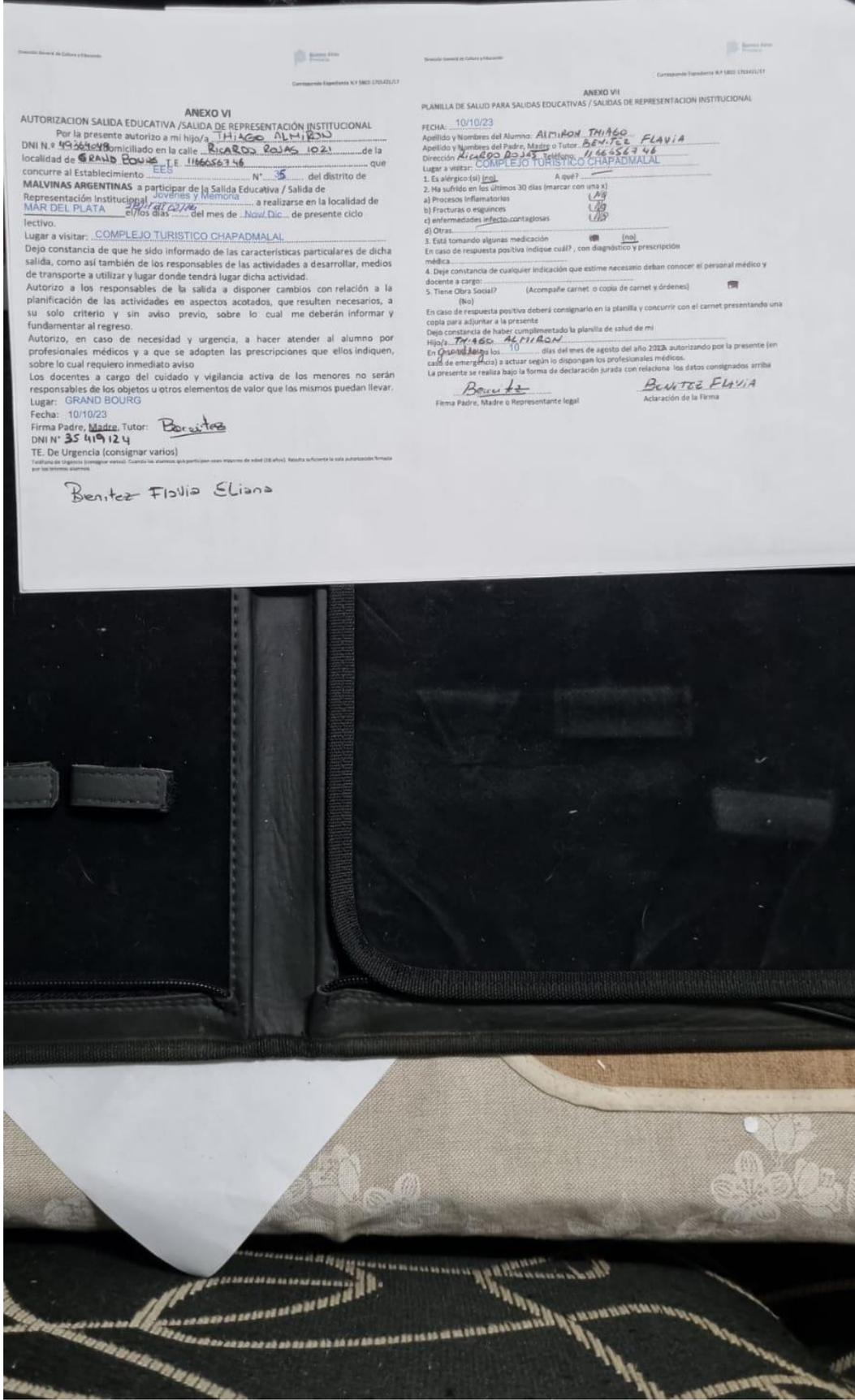
3. Está tomando alguna medicación [X] (sí) / (no) []
En caso de respuesta positiva indique cuál, con diagnóstico y prescripción médica.

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

5. Tiene Ombra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) [X]
(No) []
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejó constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a Marcelo Emanuel en los días del 10 del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) actuar 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 o Representante legal: [Signature]
Aclaración de la Firma: RODOLFO CELESTINO



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a THIAGO ALMIRON DNI N° 49267670 domiciliado en la calle RICARDO ROJAS 1021 de la localidad de GRAND BOURG E.E. 116656346 que concurre al Establecimiento EES N° 35 del distrito de MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Jóvenes y Mamona a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA del 27 al 29 de los días del mes de Nov. Dic. de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAI
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre, Tutor: Benítez
DNI N° 35 419 12 4

TE. De Urgencia (consignar varios)
Indicaciones de Urgencia (promover avisos): Cuando los alumnos que participan sean menores de edad (18 años), deberá cumplimentar la sala de autorización firmada por los terceros adultos.

Benítez Flavia Eliana

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 10/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: ALMIRON THIAGO FLAVIA
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: BENITEZ FLAVIA
Dirección: RICARDO ROJAS 1021 Teléfono: 11 66 56 3 46
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAI

- 1. Es alérgico (al) no A qué? no
- 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 - a) Procesos inflamatorios NO
 - b) Fracturas o esguinces NO
 - c) Enfermedades infecciosas contagiosas NO
 - d) Otras: NO
- 3. Está tomando algunas medicación (no) (sí)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.
- 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: no
- 5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) (No)

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

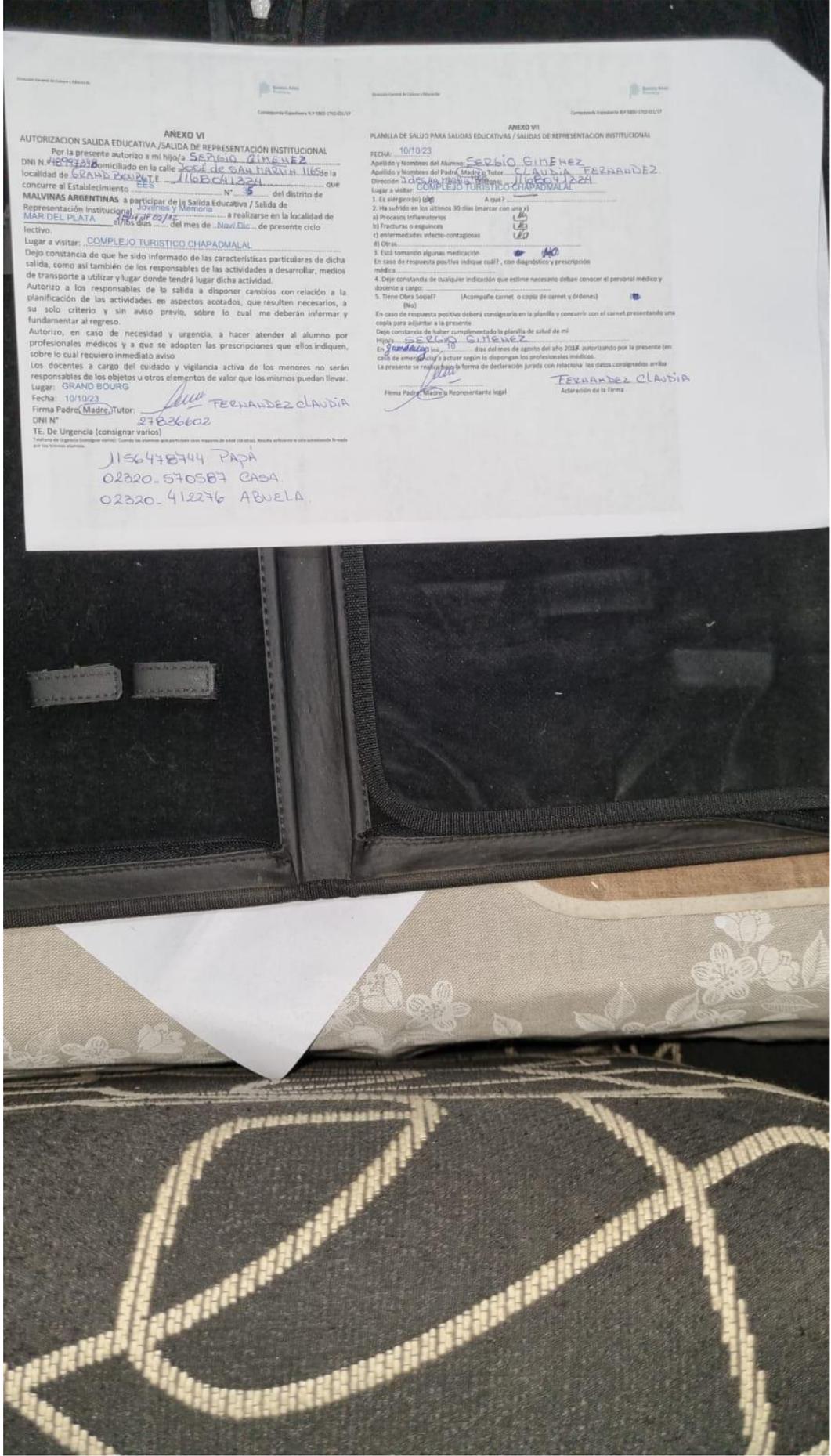
Hijo/a THIAGO ALMIRON 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba
Firma Padre, Madre o Representante legal: Benítez
Aclaración de la Firma: BENITEZ FLAVIA

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a Nombre: **Valde Gabriel Arriago**
 DNI N° 56796350 domiciliado en la calle Maido 2762
 localidad de Tierras Azules E.E. 0145294933 que
 concurre al Establecimiento EE N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Mujeres a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA el/los día/s 10/10/23 del mes de Nov/Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAI
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor: Valde
 DNI N° 37027354
 TE. De Urgencia (consignar varios) 011-66922499 - 01134937566

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombre del Alumno: Valde Gabriel Arriago
 Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor: Valde Arriago
 Dirección: MAIDO 2762 Teléfono: 01134937566
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAI
 1. Es alérgico(a) (Eo) A qué? _____
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 a) Procesos inflamatorios LAB
 b) Fracturas o esguinces LAB
 c) enfermedades infecto-contagiosas LAB
 d) Otras: _____
 3. Está tomando alguna medicación _____
 En caso de respuesta positiva indique cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica _____
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: _____
 5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y ordenes)
 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/a Valde Gabriel Arriago
 en 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: Valde Aclaración de la Firma: _____

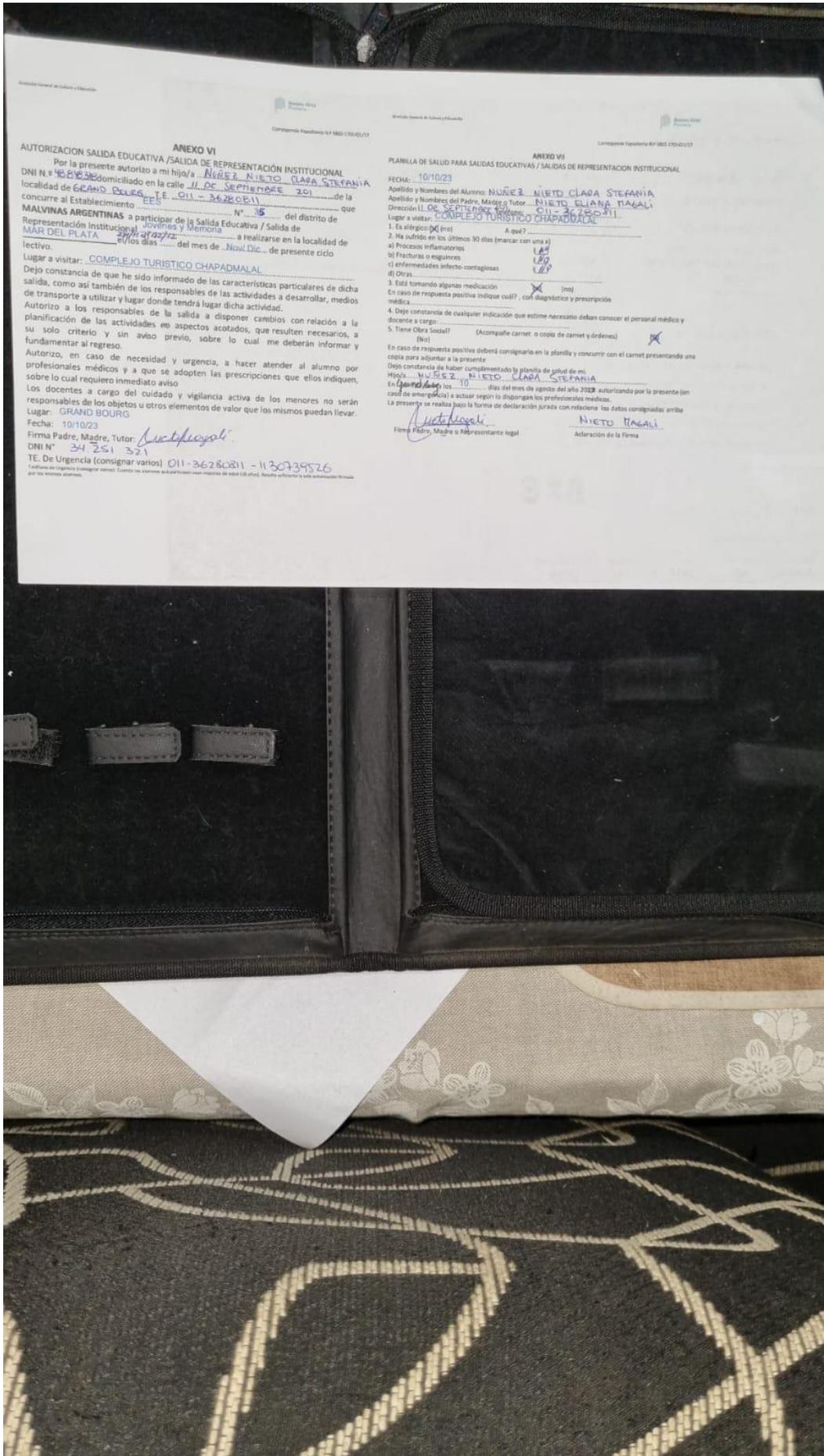




ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a SERGIO GIMENEZ
 DNI N° 4094338 domiciliado en la calle CALLE DE SAN MARIN 1165 de la
 localidad de GRAND BOURG C.P. 1165091224 que
 concurre al Establecimiento N° 3 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA el día 10/08/23 del mes de Agosto de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre, Madre, Tutor: CLAUDIA FERNANDEZ CLAUDIA
 DNI N° 27836602
 T.E. De Urgencia (consignar varios)

116448744 PAPA
02320-570587 CASA
02320-412276 ABUELA

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: SERGIO GIMENEZ
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor: CLAUDIA FERNANDEZ
 Dirección: CALLE DE SAN MARIN 1165
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico(s) (a) NO
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 a) Procesos Inflamatorios NO
 b) Fracturas o esguince NO
 c) Enfermedades infecto-contagiosas NO
 d) Otras: NO
 3. Está tomando alguna medicación NO
 En caso de respuesta positiva indique cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: NO
 5. Tiene Obra Social? (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes)
 (No) NO
 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/a SERGIO GIMENEZ
 En Grand Bourg los 10 días del mes de Agosto del año 2023, autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar según las dispongan los profesionales médicos.
 La presente se realiza en la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.
 Firma Padre, Madre o Representante legal: CLAUDIA FERNANDEZ CLAUDIA
 Adscripción de la firma



ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
Por la presente autorizo a mi hijo/a NIEZA NIETO CLARA STEFANIA
DNI N° 40.251.321 domiciliado en la calle 11 DE SEPTIEMBRE 201 de la
localidad de GRAND BOURG TE. 011 - 36280811 que
concurra al Establecimiento EES N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional Juveniles y Motocicla a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA 20 días del mes de Nov. Dic. de presente ciclo
lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre, Tutor: Nieto Magali
DNI N° 34 251 321
TE. De Urgencia (consignar varios) 011-36280811 - 1130739526
* Teléfono en régimen de emergencia. Cuando los servicios participaran con mensajes de texto SMS, también aplicará la tarifa correspondiente por los servicios extra.

ANEXO VI
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: NIEZA NIETO CLARA STEFANIA
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: NIETO CLARA MAGALI
Dirección LL.DD. SEPTIEMBRE 201 011-36280811
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- 1. Es alérgico (no) A qué? _____
- 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 - a) Procesos inflamatorios
 - b) Fracturas o esguinces
 - c) enfermedades infecciosas-contagiosas
 - d) Otras
- 3. Está tomando alguna medicación (no)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
médica: _____
- 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
docente a cargo: _____
- 5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes)

En caso de respuesta positiva deberá consignarla 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/a NIEZA NIETO CLARA STEFANIA
En Grand Bourg los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: Nieto Magali
Actuación de la Firma: NIETO MAGALI

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a YAMILA ANJANA GUERRERO
 DNI N° 1867628 domiciliado en la calle DON BOSCH de la
 localidad de GRAND BOURG TE 16171860 que
 concurre al Establecimiento CEB N° 30 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA
 a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA
 el/des días 10/10/23 del mes de Nov./Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor: GRACIELA IRIS FLORES
 DNI N° 33725476
 TE De Urgencia (consignar varios) 16171860/162492976

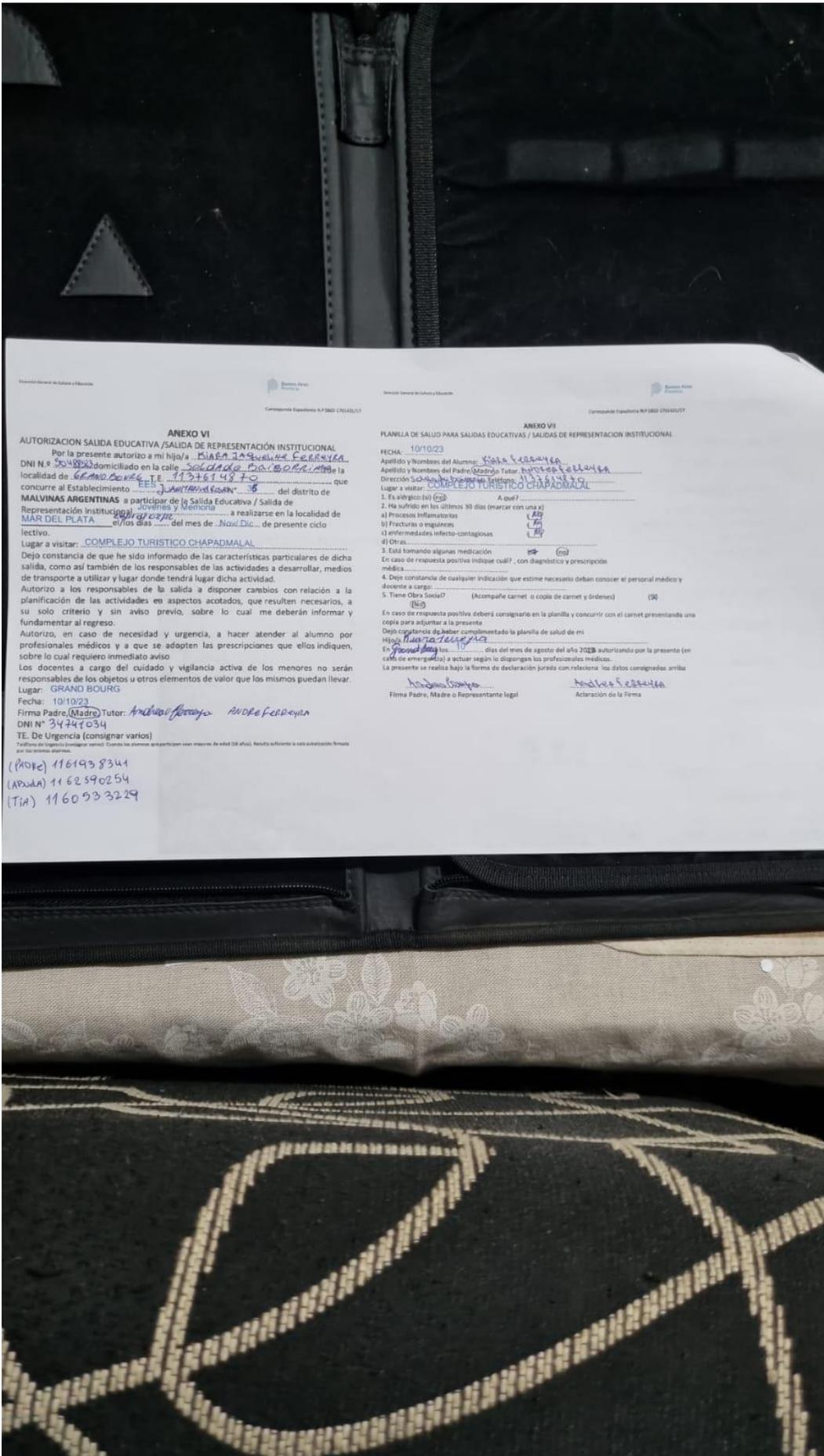
ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: GUERRERO YAMILA ANJANA
 Apellido y Nombres del Padre/Madre/Tutor: FLORES GRACIELA IRIS
 Dirección Ex. 450 GRAND BOURG
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico? (no) (sí) A qué?
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 a) Procesos inflamatorios (no) (sí)
 b) Fracturas o esguinces (no) (sí)
 c) Enfermedades infecto-contagiosas (no) (sí)
 d) Otras
 3. Está tomando alguna medicación (no) (sí)
 En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: _____
 5. Tiene Obito Social? (no) (sí) (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes)

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/a YAMILA ANJANA GUERRERO
 En Grand Bourg los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: GRACIELA IRIS FLORES
 Aclaración de la Firma



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

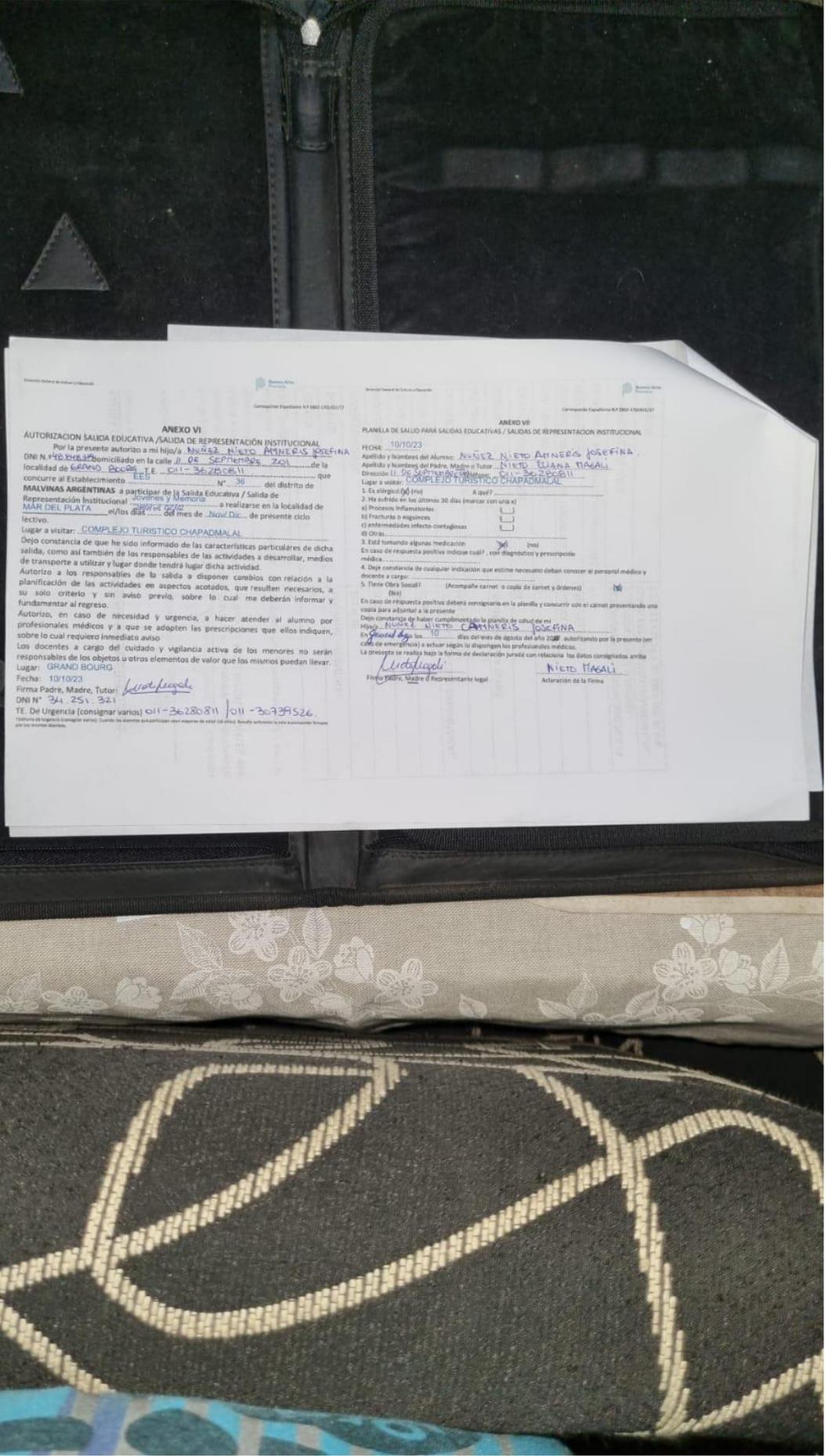
Por la presente autorizo a mi hijo/a LUISA JAVIERA CARREIRA
DNI N° 5548823 domiciliado en la calle Saldado Barboza de la
localidad de GRAND BOURG T.E. 1127614870 que
concorre al Establecimiento EES J. AMANTONIO RIZAN del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional Jóvenes y Mujeres a realizarse en la localidad de
MIAR DEL PLATA del 10 al 22 de agosto del mes de Noviembre de presente ciclo
lectivo.
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre (Madre) Tutor: Andrés Ferrero Andrés Ferrero
DNI N° 34747034
TE. De Urgencia (consignar varios)
(Padre) 1161938341
(Madre) 1162590254
(Tía) 1160933229

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Luisa Carreira
Apellido y Nombres del Padre (Madre) Tutor: Andrés Ferrero
Dirección de Salud: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
1. Es alérgico(a) NO A qué? _____
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos inflamatorios (X)
b) Fracturas o esguinces (X)
c) Enfermedades infecto-contagiosas (X)
d) Otras: _____
3. Está tomando alguna medicación NO (SI) _____
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
médica: _____
4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
docente a cargo: _____
5. Tiene Clave Social? (SI) (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) (SI)
(NO)

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/a Luisa Carreira
En Grand Bourg los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.
La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación los datos consignados arriba.
Firma Padre, Madre o Representante legal: Andrés Ferrero Actación de la firma: Andrés Ferrero



ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a ANIBERS JOSEFINA
 DNI N° 34.251.321 domiciliado en la calle J. DE SEPTIEMBRE 201 de la
 localidad de GRAND BOURG T.E. 011-26280811 que
 concurre al Establecimiento RES N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Chapadmalal y Mar del Plata
 a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA
 el/los días 09/10/23 del mes de Nov/Dic de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha
 salida, como así también de las responsabilidades de las actividades a desarrollar, medios
 de transporte a utilizar y lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre, Madre, Tutor: [Firma]
 DNI N° 34.251.321
 T.E. De Urgencia (consignar varios) 011-26280811 / 011-26739526
Formulario de logística (compartir varios) Cuando los alumnos presenten un riesgo de edad (08 años). Resalte adherido a este establecimiento firmado
 por los docentes destino.

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: ANIBERS JOSEFINA
 Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: NIETO ELIANA TIAGALI
 Dirección U. de Representación: 011-26280811
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico(a)? (No) (Si) 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) (Si) _____
 En caso de respuesta positiva indique cuál? con diagnóstico y prescripción
 médica: _____
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: _____
 5. Tiene Obra Social? (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes) (No)

En caso de respuesta positiva deberá consignarla 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/a ANIBERS JOSEFINA
 En Grand Bourg los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.
 La presente se realizó bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma [Firma] NIETO TIAGALI
 Firma [Firma] NIETO TIAGALI
Firma del/los Padre o Representante legal Actación de la Firma

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a IAQUEL GONZALO ALEXIS de la localidad de GRAND BOURG que concurre al Establecimiento TES N° 36 del distrito de **MALVINAS ARGENTINAS** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional SOVIETES Y MENTORIAS a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA del 29 al 31 de Dic del mes de Noel. Dic. de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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 adapten 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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23

Firma Padre, Madre, Tutor: [Firma]

DNI N° 44192734

TE. De Urgencia (consignar varios) 114977949 (helmana) 11995759 (madre)

Formulario de Urgencia (consignar varios). Copiar los datos en cada participante con respecto de edad (18 años). Realizar el presente en una institución. Firmado por los padres o tutores.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23

Apellido y Nombre del Alumno: IAQUEL GONZALO ALEXIS

Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor: IAQUEL GONZALO ALEXIS

Dirección: GRAND BOURG MALVINAS ARGENTINAS

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico (a) (s) NO a que? _____

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

a) Procesos inflamatorios

b) Fracturas o impuñuras

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: _____

3. Está tomando alguna(s) medicación (a) (s) NO

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

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

5. Tiene Ocio Social? NO (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes) NO

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

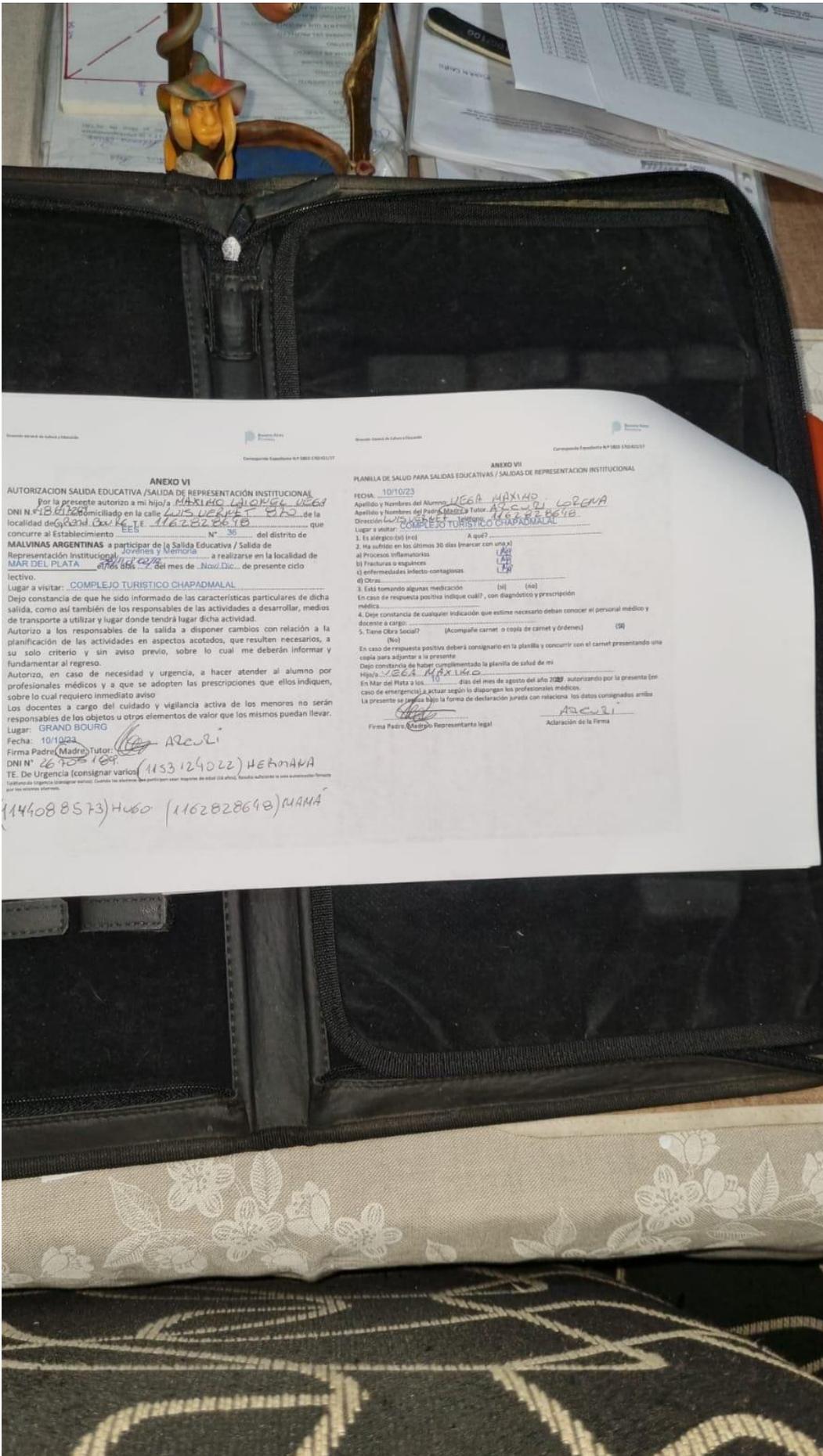
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a IAQUEL GONZALO ALEXIS

En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: [Firma]

Aclaración de la Firma: MELBA DOSSA FERRER



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
Por la presente autorizo a mi hijo/a MAXIMO LAUREN UGEO
DNI N° 144088573 domiciliado en la calle LUIS VERTI 470 de la
localidad de GRAND BOURG C.A.B. T.E. 1162828648 que

concurra al Establecimiento N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional Jornada y Memoria a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA 07/08/23 del mes de Noviembre de presente ciclo
lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre (Madre) Tutor: [Firma]
DNI N° 26705109
T.E. De Urgencia (consignar varios) (1153124022) HEARNANA

(144088573) HUGO (1162828648) MAMA

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: UGEO MAXIMO
Apellido y Nombres del Padre/Madre/Tutor: UGEO LAUREN
Dirección: LUIS VERTI 470 Teléfono: 1162828648
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico(a) (no) A qué?
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
a) Procesos inflamatorios LA
b) Fracturas u esguinces LA
c) Enfermedades infecto-contagiosas LA
d) Otras
 3. Está tomando alguna medicación (si) (no)
- En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: (Acompaña carnet o copia de carnet y órdenes)
 5. Tiene Cédula Social? (No)

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/a UGEO MAXIMO
En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en
caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se presta bajo la forma de declaración jurada con relación los datos consignados arriba
Firma Padre (Madre) Representante legal: [Firma] Aclaración de la Firma: [Firma]