

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 24/10/23 ISIDRO CASANOVA

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a PERALTA CAMILA 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 CITAPAD MAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s CINTIA ACUÑA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ENCOM PODES CASANOVA SUR (SPPD)

Fecha de ingreso:

19/11/23

CARRANZA CECILIA

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

Aclaración:

CARRANZA Cecilia

Domicilio:

ADolfo BERRO CASA 45

Localidad:

I. CASANOVA

Provincia:

B.S.A.S

Tipo y N° doc:

DNI 28.789921

Teléfono:

11 27938043

Fecha de nacimiento el/la menor:

15/02/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

47.169.722

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: PERALTA CAMILA SOLANGE  
Domicilio del Titular: ADOLFO BIERRO CASA 43  
Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 97169722 Teléfono: 1127938047  
Fecha de Nacimiento: 15/02/08

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros (especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? ASMA BRONQUIAL  
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: NEUMONOLÓGICO  
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI (3)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PERALTA MARIO Teléfono: 112736332  
Cobertura Médica: (OCHOA) CAMONERO Teléfono:  
N° Afiliado: 202329/03

CECILIA  
CARRANZA  
Firma