

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 Ludmila Lujan Gonzalez 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 Charadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Cuevas Daniela, Hernandez Melina y Borbeito Victoria que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Ennon Podes CASANOVA SUR (SIPPO)

Fecha de ingreso:

19/11/23

Gonzalez

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

Aclaración:

Gonzalez Soledad

Domicilio:

Boulogne 4665

Localidad:

Isidro Casanova.

Provincia:

Buenos Aires.

Tipo y N° doc:

19015470

Teléfono:

1158938376.

Fecha de nacimiento el/la menor:

7/10/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

49.693046.

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Ludmila Guisán González
Domicilio del Titular GAUILLAN 4665 ISIDRO CASANOVA
Ciudad Buenos Aires Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 49093046 DNI Teléfono 1158938376
Fecha de Nacimiento 7/40/68

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: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gonzalez Macarena Soledad Teléfono: 1158938376 (Móvil)
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

[Firma]
Firma