

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 24/10/23 SIDRO CASANOVA

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a LOPEZ AGUSTIN ELIA 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 Cuevas Daniela, Hernandez Melina y Corbeito Victoria que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ENVIOS PORES CASANOVA SUR (SIPPO)

Fecha de ingreso:

19/11/23

Rocio Soledad Guerrero

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

Aclaración: ROCIO SOLEDAD GUERRERO

Domicilio: ASAMBLA 4760

Localidad: SAN JUSTO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 42536649

Teléfono: 1159409460

Fecha de nacimiento el/la menor: 13-03-2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.800.509

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AGUSTIN ELIEEL MAXIMILIANO LOPEZ  
Domicilio del Titular: ASAMBLEA 4760  
Ciudad: LANATAANZA Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 47800509 Teléfono: 1159409460  
Fecha de Nacimiento: 130307

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: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROCIO SOLEDAD GUERRERO Teléfono: 1159409460  
Cobertura Médica: ..... Teléfono: 1166935330  
N° Afiliado: .....

Rocio Guerrero  
Firma