

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 24 de Octubre, SIDRO CASANOVA

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ZARATE VICTORIA 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 CHARDMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Cuenca Daniela, Hernandez Melina y Barreiro Victoria que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Enrion Podes Casanova Sur (SIPD)

Fecha de ingreso: 19/11/23


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

Aclaración: Victoria Zarate

Domicilio: Pafos 4606

Localidad: Bonito Federico

Provincia: Sidro Casanova

Tipo y N° doc: 11.858.285

Teléfono: 1126307951 / 46942911

Fecha de nacimiento el/la menor: 29/03/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47.214.553

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: VICTORIA ROSARIO ZARATE
Domicilio del Titular: FURIOZ N° 4606
Ciudad: TOLUIDROKARAVOVA Provincia: BIENOSAIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 47214553 Teléfono: 1126307951
Fecha de Nacimiento: 29/03/06

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:

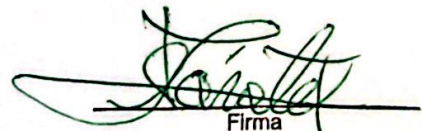
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Nicolás Zorote Teléfono: 1126307951
Cobertura Médica: OSPATCA Teléfono:

N° Afiliado:


Firma