

1. DATOS

Nombre y Apellido: D I E G O H A R T I N G U E R T E
Domicilio del Titular: C M A N U E L C U A R A 3 2 9
Ciudad: C U I B A R I
Tipo y N° de Documento: D N I 5 8 4 4 3 6 4 3
Provincia: B S A S
Teléfono: 1 1 2 4 5 4 2 1 6 5
Fecha de Nacimiento: 1 9 / 1 2 / 1 9 7 3

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?
Causa: - SI NO

3.3. Tiene algún tipo de alergia:
(*) Síntomas: - SI (*) NO

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 Cual: -

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Completo BCG: Completo SARAMPION: Completo TRIPLE: Completo COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Roberto Fernandez Teléfono: 011 6792 0809

Cobertura Médica: - Teléfono: -

N° Afiliado: -

[Firma]
Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-170142/17
ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a EMERSON DIEGO
DNI N° 32.362.274 domiciliado en la calle CAHAWA 389
de la localidad de QUILMES Teléfono 011 24512763
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E. 52-13 del
distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional a realizarse en la
localidad de ellos
del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo 14.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: QUILMES

Fecha: 17/10/2023

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: YATY KAROLINA SANCHEZ

DNI N°: 32 362 754

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años) resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

MAMA 011 24512763

MARIANO DE TARRA ROBERTO 011 67920909

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: _____

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABIGAIL HORTENCIA 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 _____, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s _____ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Tipo y N° doc: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento el/la menor: _____

Tipo y N° documento el/la menor: _____

1-42-9.002

47011929

Corresponde al Expediente N° 5802-170142317

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN

INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Montenegro, Anabeli
 DNI N° 47.019.874 domiciliado en la calle Atencio 42.13
 de la localidad de Quilmes Teléfono 4538.2227 (PAPA)
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E. E. S. N° 13 del
 distrito Quilmes a participar de la Salida Educativa/Salida
 Representación Institucional JORNADA Y RENOVACION a realizarse en la
 localidad de CHARADONAL ellos
 día/días 14 del mes de NOVIEMBRE del
 presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.


Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acordados, 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: CHARADONAL

Fecha: 14/11

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: 

DNI N°: 17240075

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: A B O A C C L I T A M O Z T E O A G Y O

Domicilio del Titular: A Z C O B O O A G E W U B A A Z

Ciudad: Q U E S A L A S

Tipo y N° de Documento: 0 1 5 1 4 7 0 4 7 9

Provincia: _____

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cuál?

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: 5 BCG: 5 SARAMPION: 5 TRIPLE: 5 COVID: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Rodriguez Teléfono: 41533282228

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma
[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Autorización viaje menores

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

Lugar y Fecha: Córdoba, marzo 14/11/2007

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a FRANCO VILLALBA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades recreativas en la Unidad Turística C. HADAMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras J es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: 402 bis 7379

Domicilio: _____

Localidad: Quilmes

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 27.064693

Teléfono: 7753203759

Fecha de nacimiento el/la menor: _____

Tipo y N° documento el /la menor: 3065/2007

48.767.690

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CHECHER GONZALEZ
Domicilio del Titular: 4021 BISS TTTA
Ciudad: URUMES Provincia: BUEVOSAIRES
Tipo y N° de Documento: 27064693 Teléfono: 7153203759
Fecha de Nacimiento: 27/7/69

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:

Teléfono: 753203759

Teléfono: 1136649817

Nombre y Apellido: Celsa Sevostia

Cobertura Médica: _____

N° Afiliado: _____

Libe Leyona
Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17 ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a VILLAGRA FRANCISCO del distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional JOVENES Y MENDOCINA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL del mes de NOVIEMBRE del día/días 14 presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: CHAPADMALAL

Fecha: 14 DE NOVIEMBRE

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Silvia Sgarbi

DNI N°: 27064693

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

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

DECLARACION JURADA
Autorización viaje menores

Buenos Aires
Provincia

70142117

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha:

Por la presente autorizo a mi hija Lucas Valentín 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 CHAPADZA 44, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el/la menor:

Montero

Lucas Montero

402 mis 1975

Ortúzar

B.S. AS.

39 211 687

11 22 67 85 84

12/11/2006

47.686.305.

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: V E R E C I T A D O C E L I S T I N I A N O W A T I A M A I T I D

Domicilio del Titular: 4 0 1 2 1 0 1 5 1 1 7 1 5 1

Ciudad: Q U I T O D I O S

Provincia: D I S C A

Tipo y N° de Documento: 4 7 1 6 1 8 1 3 0 5

Teléfono: 7 7 2 1 2 6 1 8 1 8 1 5 1 4

Fecha de Nacimiento: 7 2 7 1 7 0 6

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 1 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: RODRIGO JENIC Teléfono: 1122678594

Cobertura Médica: ARMINIS Teléfono: 4959-8228

N° Afiliado: 0444386-01

Moreno
Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-170142/17
ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCEÑO VALENTIN
DNI N° 47.686.305, domiciliado en la calle ANZOS KHIS
de la localidad de Teléfono:
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E. 223 del
distrito: QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la
localidad de SHARDONIA a realizarse en la
días/días: 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: ~~CHARDONIA~~ CHARDONIA

Fecha: 14 DE NOVIEMBRE

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Mario
Javier Romero

DNI N° 34.24.687

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

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:

Por la presente autorizo a mi hijo/a WILFA LAHORA 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 permaneciendo desde su partida hasta su regreso,
bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras as
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el/la menor:

COLEGIO 1734

QUILMES

BUENOS AIRES

D.N.I. 30465192

116657458

14 05 2007

D.N.I. 48030087

1. DATOS

Nombre y Apellido: WILFRADO SOLÍS SABELLA HERNANDEZ
Domicilio del Titular: 02056000 Y 11734
Ciudad: QUILMES
Tipo y N° de Documento: 52548050067
Provincia: BUENOS AIRES
Teléfono: 1147657758
Fecha de Nacimiento: 14/05/77

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAPIÓN: _____ TRIPLE: _____ COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Pablo SELEDAD SUAREZ Teléfono: 116165 7458

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: _____ Firma _____

Correspondiente al Expediente N° 5603-170143117
ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a LAMPON KIANA
DNI N° 38.024.081, domiciliado en la calle WUQUIN 1734
de la localidad de Quilmes Teléfono 116165 4450
que concurre al Establecimiento Educativo N° C.E. N° 35 del
día/día quince a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional JOVENES Y MENAJIN a realizarse en la
localidad de CHARRASVAL a realizarse en la
día/día 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: GUARADIA LA

Fecha: 14/11

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Sueg Suarez Poole

DNI N°: 30465.197

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Buenos
Aires
Provincia
70142117


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: BELLAES 23-10-2003

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCIANA G. LOPEZ 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 permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) J es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____


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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Gabriela Fosse

NANUCCOMA 1326

BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

DNI 36394491

1123342857

18-12-2007

DNI 48448332

1. DATOS

Nombre y Apellido: LUCIANA GABRIELA GONZALEZ
Domicilio del Titular: MARAVILLA 1324
Ciudad: QUILINES Provincia: VALLE DEL PASO
Tipo y N° de Documento: GNF99498335 Teléfono: 1123392857
Fecha de Nacimiento: 1811207

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GABRIELA POYLE Teléfono: 1123342857

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: _____ Firma: [Firma]

Correspondiente al Expediente N° 5802-170143117
ANEXO VI

**AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION
INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a GONZA, LUCIANA
DNI N° 48448332, domiciliado en la calle NAHUKUYA 1326
de la localidad de QUILMES Teléfono: 1123342257
que concurre al Establecimiento Educativo N° 6.6.5.4.73 del
distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional JOVENS Y ACTIVIDAD a realizarse en la
localidad de SHAROMATA ellos
dia/dias 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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:

Fecha:

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

gabriela ponce

DNI N°: 36394491

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

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

DECLARACION JURADA
Autorización viaje menores

Lugar y Fecha: _____

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BRISA F. GONZ. 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 GUAPARITA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s J es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____

Mano A. Leo Lopez
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Mano A. Leo Lopez

Domicilio: NAMUN CURU 1264

Localidad: Ezpeleta, Qilmes

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 25103668

Teléfono: 1151451140

Fecha de nacimiento el/la menor: 3/7/2006

Tipo y N° documento el/la menor: HF412501

1. DATOS

Nombre y Apellido: ANTHONY BARRERA FLORENCIA

Domicilio del Titular: ALBAHUMESURIA 1264

Ciudad: BOGOTÁ

Tipo y N° de Documento: 4442554

Provincia: BOGOTÁ

Teléfono: 3104340

Fecha de Nacimiento: 03/04/20

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar): MADRE

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 3 BCG: 1 SARAWPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA SILVIA LOPEZ Teléfono: 3104340

Cobertura Médica: NS Teléfono: _____

N° Afiliado: NO Firma: Antonio Silva Lopez

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a DAVID BAISA
DNI N° 47.412.504 domiciliado en la calle MANUELLO 1269
de la localidad de RIO CUESTA Teléfono: 154.43.140
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E. S. N° 33 del
distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional a realizarse en la
localidad de ellos
días/días 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acordados, 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: Chapema la y

Fecha: 14-11-23

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Horacio N. Lopez

DNI N°: 25.103.668

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

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:

Chapadmalal 14/11

Por la presente autorizo a mi hijo/a Natias 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s J es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución:

Fecha de ingreso:

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

Adaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el/la menor:

Brasil 1763

Quilmes

Buenos Aires

47.561.185

1125684418

20/09/06

47.561.185

Buenos Aires
Provincia
172-170142117

ESNo

Dirección General de Cultura y Educación

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

10/10/15
95
VINCULA

1/17

1. DATOS

Nombre y Apellido: M O T I G O S A L E V S T I N G O A P O L I D E Z

Domicilio del Titular: 8 T A S I V I T A G 3

Ciudad: Q U I L I P E S

Tipo y N° de Documento: 4 7 5 6 7 1 8 5

Provincia: 2 4 2 0 5 A T I C E S

Teléfono: 1 1 2 5 6 5 4 4 1 8

Fecha de Nacimiento: 2 0 0 9 0 6

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cuál?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
SI NO

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: Alergia a lo picante
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:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TANARA GONZALEZ
Teléfono: 1125346369 (hermana)

Cobertura Médica: _____
Teléfono: _____

N° Afiliado: _____
Firma: [Firma]

Corresponde al Expediente N° 5602-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a CONRADO MATIAS
DNI N° 47.561.185 domiciliado en la calle BOSCH 1768
de la localidad de Quilmes Teléfono 1123684416
que concurre al Establecimiento Educativo N° 6.4.1.5.2-73 del
distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional GOBIERNO Y TIERRAS a realizarse en la
localidad de CHARADMALAI ellos
días 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que ha 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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos accedidos, 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: Charadmalai

Fecha: 14 de Noviembre

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Erill Cordino Segura

DNI N°: 26907795

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Corresponde al Expediente Nº 5802-1701421/17
MEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a LARIANUS, LUCIANO
DNI N° 46565419, domiciliado en la calle ARZOBISPADO 9208
de la localidad de 22 DE JULIO Teléfono 455440781 del
que concurre al Establecimiento Educativo N° 65523 del
distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la
localidad de SAN RAMON VAL ellos
día/días 14 del mes de NOVIEMBRE del
presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: QUILMES

Fecha:

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: [Firma]

DNI N°: 46565419

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIANA ELIZABETH ALVARO
 Domicilio del Titular: GRAN CALLE 1400, APT. 101, MONTEVIDEO
 Ciudad: MONTEVIDEO
 Tipo y N° de Documento: 46789767
 Provincia: BUENOS AIRES
 Teléfono: 775548269
 Fecha de Nacimiento: 19102004

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 Cual?

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

Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA ALVARO
 Teléfono: 776597497

Cobertura Médica: _____
 Teléfono: 7756006421

N° Afiliado: _____

Firma _____

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MISTOBIERO Luciana

DNI N° 46189767 domiciliado en la calle FRANCIA Y BAHABIANCA

de la localidad de QUILMES que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S.N. 13

del distrito QUILMES a participar de la Salida Educativa/Salida de

Representación Institucional JOVENS Y MENORA a realizarse en la

localidad de CHAPADOMALU ellos

del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características de dicha

salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de

transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

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: Quilmes

Fecha: 23/10/23

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

LUCIANA

DNI N°: 46189767

Telefono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

1. DATOS

Nombre y Apellido: T O B I A S M A T E O C U Z M A M

Domicilio del Titular: Z H R R E T A 9 1 2 9

Ciudad: 0 0 1 2 0 7 5

Tipo y N° de Documento: 9 8 5 0 6 0 2 9

Provincia: B U E N O S A I R E S

Teléfono: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha de Nacimiento: 0 2 0 1 0 8

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: QUERATOMA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO

Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

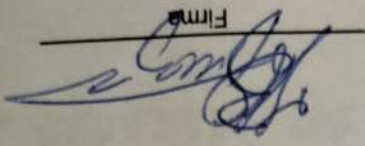
SABIN: 51 BCG: 51 SARAMPION: 51 TRIPLE: 51 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma: 

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a GUTMAN, MATEO
DNI N° 1956029, domiciliado en la calle MOJCA 4129
de la localidad de Quilmes, Teléfono 117505408
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E. 5 N° 73
del distrito Quilmes a participar de la Salida Educativa/Salida de
Representación Institucional JORNADA Y MEMORIA
localidad de CHAPAD MALVAL ellos 14
día/días del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

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 lugares donde se realizarán dichas actividades.
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: Quilmes

Fecha: 19/10/23

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

HECTOR RAUL GUTMAN

DNI N°: 16592910

Teléfono de Urgencia (consignar varios): Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO IX
PLANILLA INFORME DE TRANSPORTE A CONTRATAR

Nombre de la empresa o razón social:

Nombre del gerente o responsable:

Domicilio del propietario o la empresa:

Teléfono del propietario o la empresa:

Domicilio del gerente o responsable:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Titularidad del vehículo: (Micro, ómnibus, combi, automóvil, camioneta, barco, lancha, avión, entre otros):

Habilitación de los vehículos, cuando la empresa contare con más de un vehículo para ese fin (número de registro, fecha, tipo de habilitación, cantidad de asientos, vigencia de VTV hasta el regreso):

Compañía Aseguradora y Números de pólizas:

Tipo de seguros:

Nombre del conductor/res, cuando la empresa contare con más de una persona habilitada para ese fin:

DNI del conductor:

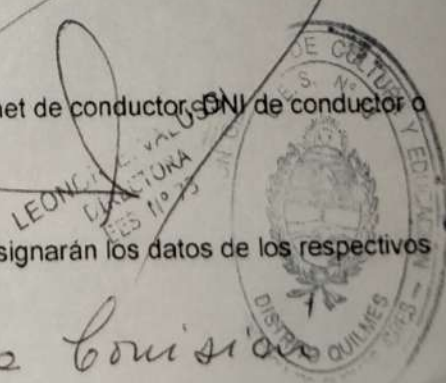
Número de carnet de conducir y vigencia:

Adjuntar fotocopia de Constancia de habilitaciones, carnet de conductor y DNI de conductor o conductores (choferes).

Si se contratare transporte público de pasajeros se consignarán los datos de los respectivos pasajes o boletos.

Los Micros a cargo de la Comisión Provincial de Preces y Juicio

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



Corresponde al Expediente N° 5803-1701421/17

ANEXO VIII
PLAN DE ACTIVIDADES DE SALIDA EDUCATIVA

Institución Educativa	Sala, grupo, año	División	Área/Materia/Asignatura /Espacio Curricular	Docente Responsable
EES 43	5 ^{to} 6 ^{to} 8 ^{to}	1 ^o	H/R. T/C	Lovero Lisandro

Se adjunta copia del proyecto en fojas

OBJETIVO/S DE LA SALIDA	FECHA DE LA SALIDA	LUGARES QUE SE VISITARAN
Presentar Proyecto de J y M.	14/11/23	Complejo Chapodmabst

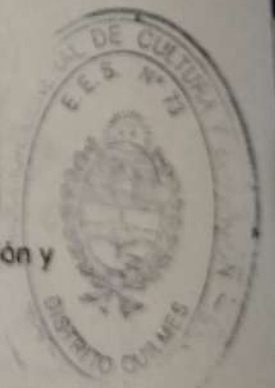
ACTIVIDADES PREVIAS		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Visita al Pozo.	Lovero L Mangr C	-

ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Talleres y construcción del Proyecto.	Lovero L Mangr C	-

EVALUACION		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Se presenta el video del Proyecto	Lovero L Mangr C	-

FIRMA DOCENTE RESPONSABLE	FIRMA JEFE DE DEPARTAMENTO (Si correspondiera)	FIRMA DIRECTOR/A
Lovero Lisandro	-	LEONOR E. VALUSSI DIRECTORA EES 1143

- 1) El presente formulario deberá estar completo por duplicado (Uno para la Institución y otro para la instancia de Supervisión)



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO V

PLANILLA DE ALUMNOS, Y ACOMPAÑANTES

(La presente deberá incorporarse al libro de Registro de Actas Institucionales, antes de producirse la salida)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA EES N° 73.
 DISTRITO Quilmes
 LUGAR A VISITAR Complejo CUADRADONARAN FECHA 14-11-23.

N°	Apellido y Nombre	Documento	Alumno	Edad	Docentes Responsables
1	Gomez Luciano	48448332	x	15	
2	Onuz Brisa	47412501	x	14	
3	Lempon Kiera	48030087	x	15	
4	Montenegro Anabel	47011909	x	16	
5	Guzmán Mateo	48506029	x	13	
6	Iucero Valentín	47686305	x	14	
7	Villalba Franco	48101680	x	15	
8	Gonzalez Matías	47561185	x	13	
9	Chiette Lutero	47386618	x	17	
10	Guedez Diego	48443647	x	16	
11	Tomaggi Luciano	46565419	x	18	
12	Mastropiero Luciana	46189761	x	18	
13	Lovera Lisandro	35401318			x
14	Monges Adrián	18356900			x
15	Tromeri Celis	17348054			x

La presente planilla tendrá validez para toda tramitación oficial que se realice.

Lugar y fecha

Lugar y fecha

Firma de Autoridad del Establecimiento
(Ambas gestiones estatal y privada)

Firma del Inspector de Gestión Estatal

Firma de RL y/o Propietario de Gestión Privada

- 1) El presente formulario deberá estar completo por duplicado (Uno para la Institución y otro para la instancia de Supervisión)

Itinerario

Salida del lugar acordado, Recorrido por Ruta 2 hasta el Complejo. Permanencia en el Complejo. Y Recorrido de los alrededores del lugar. Visita en espacios libres a la plaza. Retorno por el mismo Camino de ida.

LEONOR E. VALUSSI
DIRECTORA
EES N° 73

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN GENERAL
SEDE DE INSPECTORES EDUC. SECUNDARIA DIST. QUILMES

17 10 23

837

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ENTRADA

ANEXO IV

Salida Educativa / Salida de Representación Institucional (tachar lo que no corresponda) (La presente deberá incorporarse al libro de Registro de Actas Institucionales, antes de producirse la salida)

Región 4 Distrito Quilmes

Institución educativa EES N° 73

Domicilio LARRA N° 3922 Teléfono 42781915

Denominación del Proyecto Jovenes y Memoria

Lugar a visitar CHIAPANMALAL

(consignar dirección, localidad, distrito y teléfono si hubiere)

Fecha de salida 14/11 Lugar C. Pellegrini y Vicente Lopez

Hora _____

Fecha de regreso 17/11 Lugar C. Pellegrini y Vicente Lopez

Hora _____

Itinerario (detalle pormenorizado del mismo) * (Adjunto nota con itinerario)

Actividades Presentación de Proyecto

Cronograma diario _____

Datos del/los docente/s responsables titulares

Apellido y Nombre Lovera Lisandro Cargo PT H.12

Mozze Adrián PT P4C

Celis Tremari D.S.

Datos del/los docente/s reemplazantes

Apellido y Nombre _____ Cargo _____

Se le borrado Vale: C. Pellegrini y Vicente Lopez
Quilmes

LEONORA VALBUSSI
DIRECTORA
EES N° 73

DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
Dirección de Educación Secundaria - Región IV: Distrito (685) Guimes
Escuela de Educación Secundaria N° 73 - 0085MB0073 CUE 062025900
Dirección, Larrea 3922, Ezpeleta TEL 4276-1915

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

FECHA	16 DE OCTUBRE DE 2023
EMITE	EES 73; Larrea 3922, Ezpeleta.
LUGAR	IE DIBENEDETTO ANDREA
MOTIVO	SALIDA EDUCATIVA A CHAPADMALAL

LA DIRECCION DE LA EES73 ELEVA A USTED LOS ANEXOS DE LA SALIDA EDUCATIVA A CHAPADMALAL POR EL PROYECTO JOVENES Y MEMORIA DE LA COMISION PROVINCIAL DE JOVENES Y MEMORIA

Justificación por 3 docentes.

Los 3 docentes propuestos se incorporan en el proyecto jóvenes y memoria por lo cual han sido asignados desde la Comisión provincial.

LEONOR E. VALUSSI
DIRECTORA
EES N° 73

Dirección General de Cultura y Educación
Dirección de Educación Secundaria - Región IV- Distrito (085) Quilmes
Escuela de Educación Secundaria N° 73 - 0085MS0073 CUE 062025900
Dirección: Larrea 3922, Ezpeleta. TEL 4278-1915

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

FECHA	16 DE OCTUBRE DE 2023
EMITE	EES 73; Larrea 3922, Ezpeleta.
LUGAR	IE DIBENEDETTO ANDREA
MOTIVO	SALIDA EDUCATIVA A CHAPADMALAL

LA DIRECCION DE LA EES73 ELEVA A USTED LOS ANEXOS DE LA SALIDA EDUCATIVA A CHAPADMALAL POR EL PROYECTO JOVENES Y MEMORIA DE LA COMISION PROVINCIAL DE JOVENES Y MEMORIA

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN GENERAL
SEDE DE INSPECTORES EDUC. SECUNDARIA DIST. QUILMES

17	10	23	(837)
----	----	----	-------

ENTRADA

LEONOR L. VALUSSI
DIRECTORA
EES N° 73