Ministerio de Turismo

Turismo Social

Institución E.E.S.N° 5 "RENÉ FAVALORO"

ESTEBAN ECHEVERRÍA

Mes 1 2 Año 2 2

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
CANTEROS PRISCILA BEATRIZ	47.654.799	3/1/2007	Recarte 34, 9 de Abril	11 3360 0181	
DURÉ CARBALLA AGUSTINA TATIANA	47.460.502	5/9/2007	García Fernández 2803, Monte G	11 2615 8722	
FERNÁNDEZ MÁXIMO NAHUEL	46.563.096	14/3/2005	Sansinena 821, Monte Grande	11 6050 3881	
GALVÁN DYLAN ALEXIS	46.199.509	25/11/2004	García Fernández 2680, Monte G	11 4917 1969	
GALVÁN ROCÍO LUJÁN	47.629.955	18/11/2006	García Fernández 2680, Monte G	11 4076 1189	
GARAY MOLINAS NADIA NOEMÍ	49.087.962	13/11/2008	Primera Junta s/n casa15 MZA 4	11 3643 1957	
LEGUIZAMÓN LUDMILA CELESTE	49.167.922	14/2/2009	Mercedario 64, 9 de Abril	11 3234 5847	
LESCANO LUDMILA ABIGAÍL	46.419.582	29/3/2005	Soler 184, Monte Grande	11 2609 0006	
MARCO FERNÁNDEZ FEDERICO SERGI	47.556.161	22/9/2006	Mainer 230, Monte Grande	11 6465 4858(mamá)/ 1	
OCAMPOS REYES GUSTAVO ELAN	95.194.848	23/12/2004	9 de Julio 3630, Monte Grande	11 3650 8673	
RÍOS MAYTE ABIGAÍL	46.289.392	4/4/2005	Ferrarotti 665, Monte Grande	11 5402 5815	
RIVAS LUNA VALENTINA ABIGAÍL	48.796.471	8/7/2008	Sansinena 68, Monte Grande	0	
ROMERO ZOE VALENTINA	49.113.003	1/12/2008	Sierra de Guasayán 271, Nueve	11 3364 9485	
´PIROMALLI STELLA MARIS ELDA	11.650.087	15/4/1955	Olazábal 1199, Lomas de Zamora	11 66013886/ 11 6273 5	
VAZQUEZ DANIEL ALBERTO	28.950.986	14/9/1981	Guatemala 1096, Luis Guillón	11.2794-0384	
SEISDEDOS VERÓNICA BEATRIZ (SUP)	21.045.078	10/10/1969	9 de Abril 463, Monte Grande	11 6862 1183	
VALLEJOS MIGUEL ÁNGEL (SUPLENTE)	26.841.571	23/10/1978	Duclout 2110, Monte Grande	11 6783 1431	

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a PRISCILA BEATRIZ CANTEROS DNI N° 47.651.799, domiciliado en la calle RECAYTE 341 de la localidad de 9 DE ABRIL Teléfono 1126400592 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "BRAÑ FAVALORO" del distrito ESTEBAN ECHEVERRÍA a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral Pueyrredón Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: MONTEGRANDE

Fecha: 17-11-2022

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

X Contreras

DNI N°: 27.696.659

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.

1126900592 (MAMÁ)
21516579 (ABUELA)
1162206956 (TÍA)

1-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
CANTEROS

Nombre / Name
PRISCILA BEATRIZ

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
03 ENE/ JAN 2007

Fecha de emisión / Date of issue
13 FEB/ FEB 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 ENE/ JAN 2022

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document
47.654.799

Trámite Nº / Cl. ident.
00166776621
7010

DOMICILIO: RECARTE 34 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
CANTEROS,SILVIA CARINA
DNI: 27646689

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG47654799<9<<<<<<<<<<<<<<<
0701031F2201030ARG<<<<<<<<<<<2
CANTEROS<<PRISCILA<BEATRIZ<<<<

1-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
CANTEROS

Nombre / *Name*
SILVIA CARINA

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
20 AGO/ AUG 1979

Fecha de emisión / *Date of issue*
19 FEB/ FEB 2013

FIRMA IDENTIFICADOR SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
19 FEB/ FEB 2028

Documento / *Document*
27.646.689

Trámite Nº / Of. ident.
00166775564
7010

DOMICILIO: RECARTE 34 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CHACO

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG2764668 9<6<<<<<<<<<<<<<<<
7908208F2802194ARG<<<<<<<<<<<6
CANTEROS<<SILVIA<CARINA<<<<<<<

Dirección General de Cultura y Educación

Buenos Aires Provincia

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a AGUSTINA DURÉ CARBALLA DNI N° 47460502, domiciliado en la calle GARCÍA FERNANDEZ 2803 de la localidad de Monte Grande Teléfono 1161182568 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral Pueyrredón Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: MONTE GRANDE

Fecha: 17-11-22

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

DNI N°: 28362497

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.

1161182568 (mamá)
1132329496 (papá)
42720211 (abuela)

Corresponde al Expediente N° 5802-170142/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 17 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno AGUSTINA DURÉ CARBALLA

Apellido y Nombres del ~~Padre~~, Madre, ~~Tutor~~ o ~~Representante Legal~~ KARINA CARBALLA

Dirección GARCIA FERNANDEZ 2803 Teléfono: 1161182568

Lugar a viajar CHAPADMALAL y PUERTO DE MAR DEL PLATA

1. ¿Es alérgico? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] Si [ ] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija AGUSTINA DURE en MONTE GRANDE a los 17 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma ~~Padre~~, Madre, ~~Tutor o Representante Legal~~

Aclaración de la Firma

KARINA CARBALLA

2-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / *Surname*
DURE CARBALLA

Nombre / *Name*
AGUSTINA TATIANA

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
05 SET/ SET 2006

Fecha de emisión / *Date of issue*
16 ENE/ JAN 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
16 ENE/ JAN 2036

Documento / *Document*
47.460.502

Trámite Nº / Of. ident.
00646005539
7250

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2803 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-47460502-2

PULGAR

IDARG47460502<6<<<<<<<<<<<<<<<
0609056F3601165ARG<<<<<<<<<<<0
DURE<CARBALLA<<AGUSTINA<TATIAN

2

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
CARBALLA

Nombre / *Name*
KARINA ELIZABET

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
15 SET / SET 1980

Fecha de emisión / *Date of issue*
13 AGO / AUG 2015

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
13 AGO / AUG 2030

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / *Document*
28.362.497

Trámite Nº / Of. ident.
00392705933
7033

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2803 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

CUIL: 27-28362497-3

PULGAR

IDARG28362497<7<<<<<<<<<<<<<<<
8009157F3008133ARG<<<<<<<<<<<4
CARBALLA<<KARINA<ELIZABET<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a FERNANDEZ MAXIMO NAHUEL DNI N° 46.563.086 domiciliado en la calle SANSINENA 821 de la localidad de 9 de Abril Teléfono 11 6050 3381 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral Pueyrredón Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: 9 de ABRIL

Fecha: 16/11/22

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

DNI N°: 25.172.741

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.

1152667783

Corresponde al Expediente N° 5802-170142/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 16 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno FERNANDEZ MAXIMO NAHUEL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal AUTALAN ESTRELLA LORENA

Dirección SANSINENA 821 Teléfono: 1138766783

Lugar a viajar.....

1. ¿Es alérgico? [X] SI [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] SI [ ] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

.....

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija FERNANDEZ MAXIMO NAHUEL

en 9 de ABRIL a los 16 días del mes de NOVIEMBRE

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Lorena Autalan

Aclaración de la Firma

LORENA AUTALAN

3.

Conducir salud

La Obra Social de los Camioneros

La presente credencial es personal e intransferible.
Su uso es exclusivo al sólo efecto de ser presentada ante la clínica y/o el facultativo que preste la atención médica.
Para ser atendido deberá presentar DNI y recibo de sueldo.

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / *Surname*
FERNANDEZ

Nombre / *Name*
MAXIMO NAHUEL

Sexo / *Sex* M
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
14 MAR/ MAR 2005

Fecha de emisión / *Date of issue*
16 FEB/ FEB 2020

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
16 FEB/ FEB 2035

Documento / *Document*
46.563.096

Trámite Nº / Of. ident.
00627834946
7352

OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Ley 22.269 Resolución I.N.O.S. 883/80
Personería Social otorgada por el Registro Nacional de Obras Sociales Nº 1-0580

AFILIADO: 271377/04
CUIL: 20-46563096-6 DU: 46563096
TITULAR: FERNANDEZ JULIO CESAR
BENEFICIARIO: FERNANDEZ MAXIMO NAHUEL
HIJO
00114 00027 L00379

SSSalud 0800-222-SALUD (72583) www.sssalud.gov.ar

Hugo A. Moyano
PTE.OBRA SOCIAL

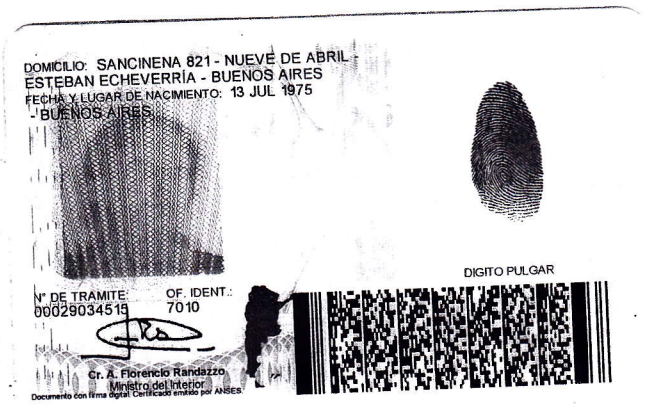
DOMICILIO: SANSINENA 821 - NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

PULGAR

CUIL: 20-46563096-6

IDARG46563096<3<<<<<<<<<<<<<<<
0503143M3502169ARG<<<<<<<<<<<0
FERNANDEZ<<MAXIMO<NAHUEL<<<<<<



DOMICILIO: SANCINENA 821 - NUEVE DE ABRIL
ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 13 JUL 1975
BUENOS AIRES

DIGITO PULGAR

N° DE TRAMITE: 00029034519
OF. IDENT.: 7010

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior
Documento con firma digital. Certificado emitido por ANSES

[redacted]

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

APELLIDO/S:
AUTALAN
NOMBRE/S:
ESTRELLA LORENA
NUMERO DE DOCUMENTO:
25.172.741
SEXO: F
NACIONALIDAD:
ARGENTINA
FECHA DE EXPEDICION:
25 NOV 2010
FIRMA DEL IDENTIFICADO
FECHA DE VENCIMIENTO
25 NOV 2025
NO VALIDO PARA VOTAR

IDARG25172741<3<<<<<<<<<<<<<<<
7507139F2511258ARG<<<<<<<<<<<8
AUTALAN<<ESTRELLA<LORENA<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a GALLAN DYLAN ALEXIS, DNI N° 46199509, domiciliado en la calle GARCIA FERNANDEZ 2630 de la localidad de MONTE GRANDE Teléfono 2092-5178 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral Pueyrredón, Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: MONTE GRANDE

Fecha: 16/01/22

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

DNI N°: 29.516-573

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.

11.33139619 HERMANA DANIELA
11 44015017 HERMANO CRISTIAN
11 58354924 HERMANO LAUTARO.

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 16 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno GALVAN DYLAN ALEXIS.

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal SANCHEZ SILVIA MARLINA.

Dirección GADEA FERNANDEZ 2650 Teléfono: 1560674241

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? [Si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios ( )

b) Fracturas o esguinces ( )

c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )

d) Otras:

3. ¿Está tomando alguna medicación? [Si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija GALVAN DYLAN ALEXIS

en M. G. a los 16 días del mes de NOVIEMBRE

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Silvia Sanchez.
Aclaración de la Firma

4_

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

REQUIVER EDICION 002

Apellido / *Surname*
GALVAN

Nombre / *Name*
DYLAN ALEXIS

Sexo / *Sex*
M

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
25 NOV/ NOV 2004

Fecha de emisión / *Date of issue*
12 MAY/ MAY 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
12 MAY/ MAY 2037

Documento / *Document*
46.199.509

Trámite N° / Of. Ident.
00688801254
7714

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2680 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: **20-46199509-9**

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG46199509<9<<<<<<<<<<<<<<<
0411251M3705122ARG<<<<<<<<<<<8
GALVAN<<DYLAN<ALEXIS<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
SANCHEZ

Nombres / Name
SILVIA MALVINA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / Date of birth
22 JUN/ JUN 1982

Fecha de emisión / Date of issue
24 ENE/ JAN 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 ENE/ JAN 2036

Documento / Document
29.516.573

Trámite Nº / Of. ident.
00646503998
8241

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2680 - MONTE GRANDE -
ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-29516573-7

FULGAR

IDARG29516573<4<<<<<<<<<<<<<<<
8206222F3601246ARG<<<<<<<<<<<6
SANCHEZ<<SILVIA<MALVINA<<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a GALVAN ROCIO LUJAN, DNI N° 47.629.955, domiciliado en la calle GARCIA FERNANDEZ 2680 de la localidad de MONTE GRANDE Teléfono 1569674241 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral Pueyrredón Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: MONTE GRANDE

Fecha: 10/11/22

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

DNI N°: 29.516.573

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.

11 33139619 HERMANA (DANIELA)
11 44015017 HERMANO (CRISTIAN)
11 58354924 HERMANO LAUTARO

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 16 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno: GALVAN ROCIO LUJAN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: SANCHEZ SILVIA PATRICIA

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 2080 Teléfono: 2092-5178

Lugar a viajar: CARPAPHALAL

1. ¿Es alérgico? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? ——

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (—)

b) Fracturas o esguinces (—)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (—)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] Si [ ] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: ——

5. ¿Tiene Obra Social? [ ] si [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija GALVAN ROCIO LUJAN en R.O. a los 16 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Silvia Sanchez

Aclaración de la Firma

5-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
GALVAN

Nombre / *Name*
ROCIO LUJAN

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
18 NOV/ NOV 2006

Fecha de emisión / *Date of issue*
08 ENE/ JAN 2016

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
18 NOV/ NOV 2021

ROCIO GALVÁN
FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Documento / *Document*
47.629.955

Trámite Nº / Of. ident.
00414853653
7352

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2680 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
GALVAN,CRISTIAN EDGARDO
DNI: 29497195
HIJO/A DE:
SANCHEZ,SILVIA MALVINA
DNI: 29516578

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-47629955-7

PULGAR

IDARG47629955<5<<<<<<<<<<<<<<<
0611187F2111186ARG<<<<<<<<<<<4
GALVAN<<ROCIO<LUJAN<<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
SANCHEZ

Nombres / Name
SILVIA MALVINA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / Date of birth
22 JUN/ JUN 1982

Fecha de emisión / Date of issue
24 ENE/ JAN 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 ENE/ JAN 2036

Documento / Document
29.516.573

Trámite Nº / Of. ident.
00646503998
8241

DOMICILIO: GARCIA FERNANDEZ 2680 - MONTE GRANDE -
ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-29516573-7

FULGAR

IDARG29516573<4<<<<<<<<<<<<<<<
8206222F3601246ARG<<<<<<<<<<<6
SANCHEZ<<SILVIA<MALVINA<<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a.....Nadia Noemi Gomez Molinas

DNI N°.49.087.962,domiciliado en la calle ...Fiambala y Primera Junta. C/15 M/43

de la localidad de ...Esteban Echeverría.... Teléfono...1130976004.....

que concurre al Establecimiento Educativo N°...5 E.E.S. "René Favaloro" del

distrito.....Esteban Echeverría....a participar de la Salida Educativa/Salida de

Representación Institucional.Programa Jóvenes y Memoria.....a realizarse en la

localidad.de.Chapadmalal. Gral Pueyrredón. Bs As...el/los y Puerto de Mar del Plata

día/días...12,13,14 y 15.....del mes de ..Diciembre.....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: 16-11-22-

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

DNI N°: 95.178.93

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° 5802-170142 1/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha..16./11../..23

Apellido y Nombres del Alumno....NADIA GRACY MOLINAS.....

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

...Mirta Maxilus Molinas Mendez.....

Dirección...Fitzmaurice y Primera Jun Teléfono:..113097.6004.

Lugar a viajar.....

1. ¿Es alérgico? [X] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (__)

b) Fracturas o esguinces (__)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (__)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

.....

5. ¿Tiene Obra Social? [X] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

.....NADIA GRACY MOLINAS.....

en..... a los..... días del mes de.....

del año ..... autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal Mirta

Aclaración de la Firma Mirta Molinas

6_

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
GARAY MOLINAS

Nombre / *Name*
NADIA NOEMI

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
13 NOV/ NOV 2008

Fecha de emisión / *Date of issue*
16 MAY/ MAY 2019

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
13 NOV/ NOV 2023

Documento / *Document*
49.087.962

Trámite Nº / Of. ident.
00595241994
7237

DOMICILIO: FIAMBALA Y PRIMERA JUNTA S/N CASA 15MZA4B9 DE ENE - NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
MOLINAS MENDEZ MIRTA MARILUZ
DNI: 95178193

Lic. O. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-49087962-0

PULGAR

IDARG49087962<9<<<<<<<<<<<<<<<
0811138F2311137ARG<<<<<<<<<<<6
GARAY<MOLINAS<<NADIA<NOEMI<<<<

6-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

EXTRANJERO

Apellido / *Surname*
MOLINAS MENDEZ

Nombre / *Name*
MIRTA MARILUZ

Sexo / *Sex*: F
Nacionalidad / *Nationality*: PARAGUAYA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
03 MAR / MAR 1988

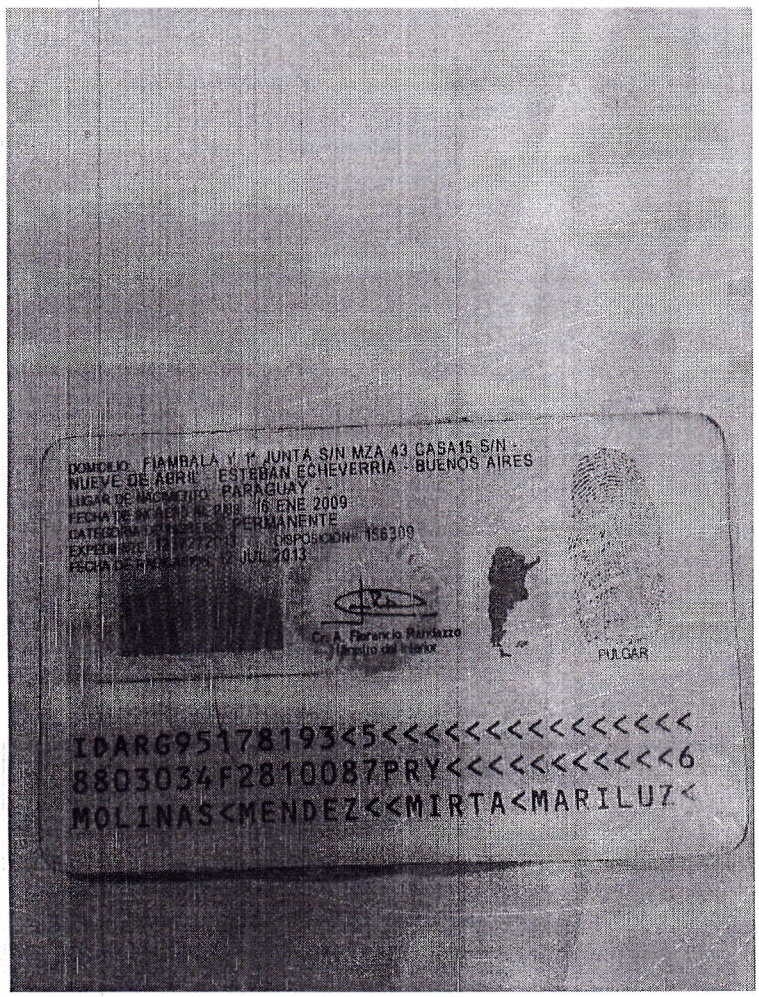
Fecha de emisión / *Date of issue*
08 OCT / OCT 2013

FIRMA IDENTIFICADOR SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
08 OCT / OCT 2028

Documento / *Document*
95.178.193

Tramite Nº / Of. Ident.
00218052055
8261


DOMICILIO: FIAMBALA Y 1ª JUNTA S/N MZA 43 CASA15 S/N -
NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PARAGUAY -
PERMANENTE
DISPOSICION: 156309
JUL 2013
Cnel. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior
PULGAR
IDARG95178193<5<<<<<<<<<<<<<<<
8803034F2810087PRY<<<<<<<<<<<6
MOLINAS<MENDEZ<<MIRTA<MARILUZ<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a...LEGUIZAMÓN LUDMILA CELESTE.....
DNI N°...49167922.....,domiciliado en la calle ...MERCEDARIO 64.....
de la localidad de ...9 DE ABRIL..... Teléfono...1126480128.....
que concurre al Establecimiento Educativo N°...5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito...ESTEBAN ECHEVERRÍA...a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional...PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA.....a realizarse en la localidad de...CHAPADMALAL, Gral. Pueyrredón, Bs. As...el/los y Puerto de Mar del Plata
día/días...12, 13, 14 y 15.....del mes de ...Diciembre.....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: Monte Grande

Fecha: 17/11/22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Yanina V. Lombardo.

DNI N°: 30.893292.

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 VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 17 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno: LEGUIZAMÓN LUDMILA CELESTE

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: LOMBARDO YANINA VANESA

Dirección: MERCEDARIO 64 Teléfono: 1126480128

Lugar a viajar: Chapadmalal

1. ¿Es alérgico? (si) [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? Cambios climaticos

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [Sí] (no) (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: luxación de rodilla izq. de 6 meses en recuperación, usa rodillera para una mejor movilidad.

5. ¿Tiene Obra Social? (si) [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente. OSPECON NO USA carnet. Solo N° de DNI.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija LEGUIZAMÓN LUDMILA CELESTE

en Monte grande a los 17 días del mes de Noviembre

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Yanina V. Lombardo.

Aclaración de la Firma

DOMICILIO: MERCEDARIO 64 9 DE ABRIL - BUENOS AIRES - ESTEBAN ECHEVERRÍA - ARGENTINA
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
LEGUIZAMON,CARLOS JAVIER
DNI: 27600369
HIJO/A DE:
LOMBARDO,YANINA VANESA
DNI: 30893292

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

CUIL: 27-49167922-6

PULGAR

IDARG49167922<8<<<<<<<<<<<<<<<
0902148F2402147ARG<<<<<<<<<<<0
LEGUIZAMON<<LUDMILA<CELESTE<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
LEGUIZAMÓN

Nombre / Name
LUDMILA CELESTE

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 FEB/ FEB 2009

LUDMILA

Fecha de emisión / Date of issue
09 SET / SET 2015

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
14 FEB/ FEB 2024

Documento / Document
49.167.922

Trámite Nº / Of. ident.
00398026570
9004

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
LOMBARDO

Nombre / *Name*
YANINA VANESA

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
24 MAY/ MAY 1984

Fecha de emisión / *Date of issue*
08 MAY/ MAY 2013

FIRMA IDENTIFICADO / *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
08 MAY/ MAY 2028

Documento / *Document*
30.893.292

Trámite Nº / Cf. ident.
00187580607
7356

DOMICILIO: MERCEDARIO 64 - NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG30893292<2<<<<<<<<<<<<<<<
8405243F2805081ARG<<<<<<<<<<<6
LOMBARDO<<YANINA<VANESA<<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a.....LESCANO LUDMILA..... DNI N°...46.419.582...domiciliado en la calle ....SOLER 184.... de la localidad de ..MONTE GRANDE..... Teléfono....1126090006.... que concurre al Establecimiento Educativo N°...5 E.E.S. "René Favaloro"... del distrito...ESTEBAN ECHEVERRÍA...a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional..PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA.....a realizarse en la localidad.de..CHAPADMALAL, Gral Pueyrredón, Bs As...el/los y Puerto de MAR del Plata día/días...12, 13, 14 y 15.....del mes de ..Diciembre.....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: Monte grande

Fecha: 16/11/22

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Costa Eduardo.

DNI N°: 25 545 234

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.

1165710237 (Mamá)

Corresponde al Expediente N° 5802-170142 1/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 16 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno LESCANO LUDMILA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal COSTA CLAUDIA

Dirección EDER 184 Teléfono: 1165710234

Lugar a viajar.....

1. ¿Es alérgico? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [Si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija LESCANO LUDMILA

en MONTE GRANDE a los 16 días del mes de NOVIEMBRE

del año ..... autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Costa Claudia

Aclaración de la Firma

COSTA CLAUDIA.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

8

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / *Surname*
LESCANO

Nombre / *Name*
LUDMILA ABIGAIL

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
29 MAR/ MAR 2005

Fecha de emisión / *Date of issue*
29 DIC/ DEC 2019

FIRMA IDENTIFICADOR SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
29 DIC/ DEC 2034

Documento / *Document*
46.419.582

Trámite Nº / Of. ident.
00622663675
7010

DOMICILIO: SOLER 184 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

PULGAR

CUIL: **27-46419582-9**

IDARG46419582<1<<<<<<<<<<<<<<<
0503291F3412293ARG<<<<<<<<<<<0
LESCANO<<LUDMILA<ABIGAIL<<<<<<

8_

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
COSTA

Nombre / *Name*
CLAUDIA NOEMI

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
08 ABR/ APR 1976

Fecha de emisión / *Date of issue*
01 DIC/ DEC 2016

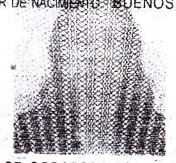
Costa Claudia
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
01 DIC/ DEC 2031

Documento / *Document*
25.545.234

Trámite Nº / Of. ident.
00467332548
7010

DOMICILIO: SOLER 184 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES



Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-25545234-2

PULGAR

IDARG25545234<2<<<<<<<<<<<<<<<
7604083F3112010ARG<<<<<<<<<<<8
COSTA<<CLAUDIA<NOEMI<<<<<<<<<<

Dirección General de Cultura y Educación

Buenos Aires Provincia

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARCO FERNÁNDEZ FEDERICO SERGIO LIAEL DNI N° 47.556.161 domiciliado en la calle MAÍNER 230 de la localidad de MONTE GRANDE Teléfono 1164654858 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René FAVALORO" del distrito ESTEBAN ECHEVERRÍA a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral PUEYRREDÓN Bs As y Puerto de MAR del PLATA el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: MONTE GRANDE.

Fecha: 17-11-2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: FERNÁNDEZ JUANA PAOLA

DNI N°: 29.292.872.

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.

1164654858 (MAMÁ)
1123126474 (ABUELA).
1167500384 (CARLOS).

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 17/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno Marco Fernández Federico Sergio Lionel

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal
Fernández Juana Paola

Dirección Mainer 230 Teléfono: 1164654858

Lugar a viajar Chapadmalal (Pcia Buenos Aires)

1. ¿Es alérgico? [X] Sí [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? -

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] Sí [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [X] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Marco Fernández Federico Sergio Lionel en Monte Grande a los 17 días del mes de Noviembre del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma Fernández Juana Paola

DNI: 29.292.872

9-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / *Surname*
MARCO FERNANDEZ

Nombre / *Name*
FEDERICO SERGIO LIONEL

Sexo / *Sex* M
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
22 SET/ SET 2006

Fecha de emisión / *Date of issue*
29 OCT/ OCT 2021

FIRMA IDENTIFICADOR/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
29 OCT/ OCT 2036

Documento / *Document*
47.556.161

Trámite Nº / Of. ident.
00680885540
7614

DOMICILIO: MAINER 230 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 23-47556161-9

PULGAR

IDARG4755616 1<3<<<<<<<<<<<<<<<
0609229M3610295ARG<<<<<<<<<<<4
MARCO<FERNANDEZ<<FEDERICO<SERG

9-

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
FERNANDEZ

Nombre / *Name*
JUANA PAOLA

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
16 JUN/ JUN 1982

Fecha de emisión / *Date of issue*
15 ABR/ APR 2013

FIRMA IDENTIFICADOR / *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
15 ABR/ APR 2028

Documento / *Document*
29.292.872

Trámite Nº / Of. ident.
00181371761
7103

DOMICILIO MAINER 230 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PLEGAR

IDARG2929287 2<5<<<<<<<<<<<<<<<
8206163F2804154ARG<<<<<<<<<<<4
FERNANDEZ<<JUANA<PAOLA<<<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gustavo Gian Ocampos Reyes, DNI N° 95194848, domiciliado en la calle Cerro Catedral 511 de la localidad de Monte Grande Teléfono 1136508673 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional. Programa Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de Chapadmalal, Gral Pueyrredón, Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: Monte Grande

Fecha: 16-11-2022

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: María Angela Reyes de Ocampos

DNI N°: 13775 48

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.

1138682169 MAMA
1157945352 papá

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 26 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno Gustavo Elan Campos Reyes

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Maria Angela Reyes de Campos

Dirección Cerro catedral 511 Teléfono 1138682269

Lugar a viajar Cuartel Pinamar, Carol Rey Mar, BS AS y Puerto de mar del plata

1. ¿Es alérgico? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [SI] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Gustavo Elan Campos Reyes

en Monte Grande a los 26 días del mes de noviembre

del año 2022 autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma

Maria Angela Reyes de Campos

10_

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

EXTRANJERO

Apellido / *Surname*
OCAMPOS REYES

Nombre / *Name*
GUSTAVO ELAN

Sexo / *Sex* M
Nacionalidad / *Nationality* PARAGUAYA
Ejemplar B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
23 DIC/ DEC 2004

Fecha de emisión / *Date of issue*
21 FEB/ FEB 2020

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
21 FEB/ FEB 2035

Documento / *Document*
95.194.848

Trámite Nº / Of. ident.
00630351152
7561

DOMICILIO: 9 DE JULIO 3630 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PARAGUAY - -
FECHA DE INGRESO AL PAIS: 25 MAR 2006
CATEGORIA DE INGRESO: Permanente
EXPEDIENTE: 1567832013 DISPOSICION: 182365
FECHA DE RADICACION: 09 AGO 2013

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

PULGAR

CUIL: **23-95194848-9**

IDARG95194848<4<<<<<<<<<<<<<<<
0412236M3502217PRY<<<<<<<<<<<4
OCAMPOS<REYES<<GUSTAVO<ELAN<<<

10.

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
BENITEZ

Nombre / *Name*
GLADYS MABEL

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
01 JUL/ JUL 1978

Fecha de emisión / *Date of issue*
07 OCT/ OCT 2013

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
07 OCT/ OCT 2028

Documento / *Document*
26.608.422

Trámite Nº / Of. ident.
00222952363
7237

DOMICILIO SIERRA DE GUASAYAN S/N - ENTRE MALVINAS Y DUCLOUT - NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG26608422<6<<<<<<<<<<<<<<<
7807013F2810076ARG<<<<<<<<<<<2
BENITEZ<<GLADYS<MABEL<<<<<<<<<

Dirección General de Cultura y Educación

Buenos Aires Provincia

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a RIOS MAYTE ABIGAIL DNI N° 46.289.392, domiciliado en la calle FERRAROTTI 665 de la localidad de M/TE. GRANDE Teléfono 1154025815 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. "René Favaloro" del distrito ESTEBAN ECHEVERRÍA a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional PROGRAMA JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL Gral. Pueyrredón Bs. As. y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: M/TE. GRANDE

Fecha: 16/11/22

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

DNI N°: 33467803

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.

1157744392 MAMÁ
1137749020 PAPÁ
1131880758 TÍA 1
1130892380 TÍA 2

Corresponde al Expediente N° 5802-170142 1/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 16 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno RIOS MAYTE ABIGAIL

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal BARRIENTOS SONIA SOLEDAD

Dirección FERRAROTTI 665 Teléfono: 1157744391

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [X] Si [ ] no (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....

5. ¿Tiene Obra Social? [X] Si [ ] No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija RIOS MAYTE ABIGAIL en Mte. GRANDE a los 16 días del mes de NOVIEMBRE del año 2022, autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Aclaración de la Firma

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
RIOS

Nombre / Name
MAYTE ABIGAIL

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: A

Fecha de nacimiento / Date of birth
04 ABR/ APR 2005

Fecha de emisión / Date of issue
09 MAY/ MAY 2019

Firma autoridad competente

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 MAY/ MAY 2034

Documento / Document
46.289.392

Trámite Nº / Id. item
00594343789
7714

DOMICILIO: FERRAROTTI 665 - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lic. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL 27-46289392-8

IDARG46289392<3<<<<<<<<<<<<<<<
0504047F3405097ARG<<<<<<<<<<<0
RIOS<<MAYTE<ABIGAIL<<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
RIOS

Nombre / *Name*
NESTOR FABIAN

Sexo / *Sex* M
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
22 JUN/ JUN 1982

Fecha de emisión / *Date of issue*
27 AGO/ AUG 2017

FIRMA ENTREGADOR/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
27 AGO/ AUG 2032

Documento / *Document*
29.540.430

Trámite Nº / Of. ident.
00511520426
7232

DOMICILIO: LUMSDEN 1068 - NUEVE DE ABRIL - ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 20-29540430-3

PULGAR

IDARG29540430<9<<<<<<<<<<<<<<<
8206222M3208276ARG<<<<<<<<<<<4
RIOS<<NESTOR<FABIAN<<<<<<<<<<<

Corresponde al Expediente N° 5802-170142/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha..16 /..1..1 /...22

Apellido y Nombres del Alumno.....Rivas Luna Valentina

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Rivas Anibal

Dirección.....San Severo 68..... Teléfono:...1158631980

Lugar a viajar.....Chapadmalal y Puerto Mar del Plata

1. ¿Es alérgico? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....

.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (___)

b) Fracturas o esguinces (___)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (___)

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? [si] [no] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: ...Se realize PAF.....

.....si fuera necesario.....

5. ¿Tiene Obra Social? [si] [No] (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

.....Rivas Luna Valentina Abigail.....

en..... a los..... días del mes de..Diciembre

del año ..2022..... autorizando..... por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Daniel Rivas

Aclaración de la Firma

12

DOMICILIO: S.G. SANSINENA 68 MONTE GRANDE - BUENOS AIRES - ESTEBAN ECHEVERRIA - ARGENTINA
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
RIVAS,ANIBAL
DNI: 17554059
HIJO/A DE:
CARBALLO,SELVA
DNI: 25271265

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

CUIL: 27-48796471-4

PULGAR

IDARG48796471<6<<<<<<<<<<<<<<<
0807081F2307080ARG<<<<<<<<<<<0
RIVAS<<LUNA<VALENTINA<ABIGAIL<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
RIVAS

Nombre / *Name*
LUNA VALENTINA ABIGAIL

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
08 JUL/ JUL 2008

Fecha de emisión / *Date of issue*
03 DIC/ DEC 2015

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
08 JUL/ JUL 2023

LUNA
FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Documento / *Document*
48.796.471

Trámite Nº / Of. ident.
00411022161
9000

REPUBLICA ARGENTINA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

APELLIDO/S:
CARBALLO

NOMBRE/S:
SELVA

NUMERO DE DOCUMENTO:
25.271.265

SEXO: F

NACIONALIDAD:
ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICION:
06 JUL 2011

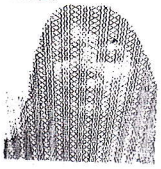
FECHA DE VENCIMIENTO
06 JUL 2026

FIRMA DEL IDENTIFICADO

NO VALIDO PARA VOTAR

IDARG25271265<2<<<<<<<<<<<<<<<
7606205F2607067ARG<<<<<<<<<<<4
CARBALLO<<SELVA<<<<<<<<<<<<<<<

DOMICILIO: MONTEVIDEO 714 - BERNAL - QUILMES - BUENOS AIRES
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 20 JUN 1976 - MISIONES



DIGITO PULGAR

N° DE TRAMITE:
00058292443

OF IDENT:
8003

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior
Documento con firma digital. Certificado emitido por AFSES

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Romero Zoe Valentina DNI N° 49.113.003, domiciliado en la calle Huergo 4608 de la localidad de 9 de Abril Teléfono 1151318026 que concurre al Establecimiento Educativo N° 5 E.E.S. René Favaloro del distrito Esteban Echeverría a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional Programa Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de Chapadmalal, Gral Pueyrredón, Bs As y Puerto de Mar del Plata el/los día/días 12, 13, 14 y 15 del mes de Diciembre 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: Monte Grande

Fecha: 16.11.22

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

DNI N°: 38602821

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.

1169516321 tia = Karen Lopez
1160466233 Abuela = Liliana Leguizamon
1151318026 Mamá

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
ROMERO

Nombre / *Name*
ZOE VALENTINA

Sexo / *Sex*: F
Nacionalidad / *Nationality*: ARGENTINA
Ejemplar: A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
01 DIC/ DEC 2008

Fecha de emisión / *Date of issue*
26 SET/ SET 2018

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
01 DIC/ DEC 2023

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Documento / *Document*
49.113.003

Trámite Nº / Of. Ident.
00565642970
9996

DOMICILIO: SIERRA DE GUASAYAN 271 - - NUEVE DE ABRIL
ESTEBAN ECHEVERRIA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
ROMERO,Hector Matias
DNI: 31680163

CUIL: 27-49113003-8

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

PULGAR

IDARG49113003<1<<<<<<<<<<<<<<<
0812010F2312019ARG<<<<<<<<<<<6
ROMERO<<ZOE<VALENTINA<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / *Surname*
LOPEZ

Nombre / *Name*
DAIANA NOEMI

Sexo / *Sex* F
Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA
Ejemplar B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
28 MAR/ MAR 1990

Fecha de emisión / *Date of issue*
19 AGO/ AUG 2015

FIRMA IDENTIFICADA/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
19 AGO/ AUG 2030

Documento / *Document*
38.102.821

Trámite Nº / Of. ident
00393538394
7352

DOMICILIO: LUCIANO VALETTE 420 2 FONDO - MONTE GRANDE - ESTEBAN ECHEVERRÍA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

CUIL. 27-38102821-1

PULGAR

IDARG38102821<7<<<<<<<<<<<<<<<
9003288F3008199ARG<<<<<<<<<<<8
LOPEZ<<DAIANA<NOEMI<<<<<<<<<<<