

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: Cnel MdeHoz 02/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Marisol Christiansen a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es García Rosendo que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

E.E.S. N°1 "Carlos Pellegrini"

Fecha de ingreso:

20-11-2023

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

Aclaración:

UHARTE ROMINA M.

Domicilio:

Mariano Moreno 232

Localidad:

Cnel MdeHoz

Provincia:

Buenos Aires

Tipo y N° doc:

DNI: 28368456

Teléfono:

02355-15516558

Fecha de nacimiento el/la menor:

07/09/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI: 47555119

Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARISOL CRISTIANSEN
Domicilio del Titular Mariano Moreno 232
Ciudad LINCOLN Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 47555119DNE Teléfono 2355449768
Fecha de Nacimiento 070907

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROMINA UHARTE

Teléfono: 2355516558

Cobertura Médica: JOSGE ZUNINO

Teléfono: 2355497015

V° Afiliado:

F. Estilarte
FABRILEA ESTILARTE
Directora
E. S. N° 1

Romina Uharte
Firma

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: Martínez de Hoz, 18/10/2023

Por la presente autorizo a mi hijo/a JUANDE, Eduardo 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 CHARRADALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es GARCIA, ROSANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

E.E.S. N° 1

Fecha de ingreso:

20/11/2023

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

Aclaración:

Rosa Raquel Belón Páez

Domicilio:

9 de Julio 767

Localidad:

Martínez de Hoz

Provincia:

Bs. As.

Tipo y N° doc:

DNI 95.105.372

Teléfono:

2355531622

Fecha de nacimiento el/la menor:

27/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 48.375.460.

GABRIELA ESTÉVEZ
Directora
E. E. S. N° 1



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: EDUARDO JOSUE DUARTE
Domicilio del Titular: NUEVE DE JULIO 767
Ciudad: MARTINEZ DE HOS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 48375460 Teléfono: 2355531622
Fecha de Nacimiento: 27/06/08

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

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

Causa:

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROSA RAQUEL DELON PAEZ Teléfono: 2355531622

Cobertura Médica: PAMI Teléfono: 2355517094

N° Afiliado: 15093516370102

F. González
DIRECTORA
E.E.S. N° 1



[Signature]
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Martinez de Hoz 10/10/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Lazo Matias 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 Chalarduma, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es ANITA ROSANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES 1

Fecha de ingreso: 20/11/23

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

Aclaración: Maria Celeste Telechea

Domicilio: San Martin 5to

Localidad: Martinez de Hoz

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: D.J 24.533.819

Teléfono: 2355 - 445039

Fecha de nacimiento el/la menor: 08 de Febrero 2008

Tipo y N° documento el /la menor: D.J 48.375.451



[Firma]
FABRIELA ESTILARTE
Directora
E. S. N.º 1

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARTÍAS LAZO
Domicilio del Titular SAN MARTÍN S76
Ciudad MARTÍN DE LOS ANDES Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento DU 48375491 Teléfono 2355-445039
Fecha de Nacimiento 08/02/2008

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: Torsión testicular

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: Torsión testicular

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: Telechea Ypía Celeste Teléfono: 2355-445039
Cobertura Médica: Famyl Teléfono:
V° Afiliado: 25212-03

Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1

[Firma]
Firma

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: Martinez de Hoz 10/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a LAZO TOMAS 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 CHALAN MALA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es GRACIA ROSANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES 1

Fecha de ingreso: 20/11/23

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

Aclaración: María Celeste Telchies

Domicilio: San Martín 576

Localidad: Martinez de Hoz

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: D.V 24.533.819

Teléfono: 2355 - 44 5039

Fecha de nacimiento el/la menor: 08 FEBRERO 2008

Tipo y N° documento el /la menor: D.V 48.375.452

[Firma]
MARIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido TOMAS LAZO
Domicilio del Titular SAN MARTIN 976
Ciudad MARTINEZ DE ROS Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN 48375452 Teléfono 2355-445039
Fecha de Nacimiento 08/02/2008

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

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

Causa:

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:



4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Telecha M. Celeste

Teléfono: 2355-445039

Cobertura Médica: FAMYL

Teléfono:

N° Afiliado: 25212-02

Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1

[Signature]
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: MARTINEZ DE HOZ 09/10/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARIONICOLASMONTE 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 CHADADALAN, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es que GARCIA ROSANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 1

Fecha de ingreso: 20/11/23


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

Aclaración: ANDREA CRESPI

Domicilio: MANUEL GARCIA

Localidad: MARTINEZ DE HOZ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI : 35.063.305

Teléfono: 2355-457521

Fecha de nacimiento el/la menor: 07 JULIO 2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI = 47.555.114


GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1



1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIANO NICOLAS MENDEZ
Domicilio del Titular: MANUEL GARCIA
Ciudad: MARTINEZ DE HOZ Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: D N 4 7 5 5 5 1 1 4 Teléfono: 2 3 5 5 4 3 7 5 2 1
Fecha de Nacimiento: 0 7 0 7 0 7

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: 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: RENITIS
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

Handwritten signature
DIRECCIÓN NACIONAL DE TURISMO SOCIAL
E. L. C. N° 1

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:


5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANDREA CRISPIN Teléfono: 2355.437521
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

Handwritten signature
Firma

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: MARTINEZ DE HOZ 23/11/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a GONZALO MOLINA 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 CHADABUQUE, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s 1 es GARCIA ROSANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES 1

Fecha de ingreso: 20/11/23

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

Aclaración: GOYENA SOLEDAD.

Domicilio: MANUEL GARCIA 556.

Localidad: MARTINEZ DE HOZ

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: DNI 29.041.057

Teléfono: 2364-663967

Fecha de nacimiento el/la menor: 23-12-2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.442.549



Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 20/04/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Victoria Ximena ^{Dominico} 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 Chiriquimalá, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. Isabel es Rosario Garcia que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EESVI

Fecha de ingreso: 20/04/23

* Belen Costa
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: BELEN COSTA

Domicilio: SMITH

Localidad: CS.CS.

Provincia: BS-AS.

Tipo y N° doc: 36628433

Teléfono: 2395423706

Fecha de nacimiento el/la menor: 15/05/2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48.837.213

Gabriela Est. Larrea
Directora
E. E. S. N° 1



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

VICTORIA XIMENA WAVARRO

Domicilio del Titular

Ciudad

MARTINEZ DH

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 48837213

Teléfono

2355475236

Fecha de Nacimiento

15/05/2008

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:

Operacion de omelece

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:

Operacion de omelece

4.3. Presenta alguna limitación física?

SI

NO

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:

BCG:

SARAMPION:

TRIPLE:

COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Maria Ines Costa

Teléfono:

2395423706

Cobertura Médica:

L.P.F

Teléfono:

N° Afiliado:

10/1892/2

GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. No 1



x Maria Ines Costa
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Martinez de hoz 04/10/2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Rolando Mateos Benjamin 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 Chepadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es García Roxana que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

E.E.S. N° 1 "Carlos Pellegrini"

Fecha de ingreso:

20-11-23


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

Aclaración:

Malpelo Kinva Stella.

Domicilio:

SALTA 431

Localidad:

Martinez de hoz

Provincia:

Buenos Aires

Tipo y N° doc:

28.36P.42P

Teléfono:

2355 4768.26.

Fecha de nacimiento el/la menor:

20/2/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

46.623.346.



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MATEO BENJAMIN COLANDO
Domicilio del Titular SECTA 437
Ciudad LINCOLN Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 46623346 Teléfono 2355556316
Fecha de Nacimiento 20/07/07

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: 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: 4 dosis BCG: — SARAMPION: 1dosis TRIPLE: 1dosis COVID: 3 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: KALINA STELLA MALPELO Teléfono: 54 9 2355476926
Cobertura Médica: IOEMA Teléfono: 54 9 2355524635
V° Afiliado: 242710319-05

Gabriela Estilante
GABRIELA ESTILANTE
Directora
E. E. S. N° 1

[Firma]
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 03/10/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MATEO VITALE 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 CHALANAMA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es GARCIA ROSA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CARLOS POLBORANI N° 1

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: Martinez Silva

Domicilio: 3402 KUMBOY 210

Localidad: LAS TOSCAS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI, 22307093

Teléfono: 2355459966

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/01/08

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47.555.121



Fouillera
FABRIELA ESCALANTE
Directora
E. E. S. N° 1

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M A T E O V I T A L B
Domicilio del Titular: S H O R K E M R E D Y 2 1 9
Ciudad: L A S T O S C A S Provincia: B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento: D R I 4 7 5 5 5 1 2 1 Teléfono: 2 3 5 5 5 0 5 2 4 3
Fecha de Nacimiento: 1 0 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:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: COMPLUA BCG: COMPLUA SARAMPION: COMPLUA TRIPLE: COMPLUA COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SILVANA MARINZ Teléfono: 2 255 4599 66
Cobertura Médica: ODS Teléfono: 2 255 491 007
N° Afiliado: 60876838 205

Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1

[Signature]
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 4 de Octubre 2023

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gianni Zuccini 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 Chaladmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Arsia Rosana que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 1 Carlos Pellegrini

Fecha de ingreso: 20.11.23

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

Aclaración: Ceballos Lourdes Lorenza

Domicilio: Manuel Gurrut 455

Localidad: Martinez de Hoz

Provincia: Bs As

Tipo y N° doc: DNS 35.406.851

Teléfono: 02355-15519142

Fecha de nacimiento el/la menor: 04/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNS 48.375.455



[Firma]
SABRIELA ÉSTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1

1. DATOS

Nombre y Apellido CATERINA ZUCCARDI
Domicilio del Titular MANUEL GARCIA 435
Ciudad M DE NOZ Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento DNI 48375455 Teléfono
Fecha de Nacimiento 04/06/08

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: 6 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 3 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Laura Lorenz Corrallo

Teléfono: 02355-15519142

Cobertura Médica: OSFATLYF

Teléfono: 02355-15517594

N° Afiliado: 12-00342-2/02

Gabriela Estilarte
GABRIELA ESTILARTE
Directora
E. E. S. N° 1



[Signature]
Firma