

Datos del Viaje		Opción 1	Opción 2
Destino:		Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:			
Fecha de ingreso:		29/11/2023	

Referencia: **EES N 36 GRAND BOURG, MALV ARG**

atención

atención



Ministerio de Turismo y Deportes Argentina

TURISMO SOCIAL

portal.mt.gov.ar/turismoysportessocial

TARIFAS

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obtención de las plazas, tampoco se anticipa reservas.
El primer integrante de la planilla se considera como el titular de la reserva.

Nº	Nº de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones
1	16.849.024	REYNA	SANDRA	29/11/1963	Sin cargo	no completar	no completar
2	24.310.035	LICK	KARINA	31/10/1974	Sin cargo		
3	47.560.212	MENDOZA	ABRIL	05/09/2006	Sin cargo		
4	48.997.241	GONZALEZ	MARTIN	31/12/2011	Sin cargo		
5	48.997.242	GONZALEZ	ALBERTO	04/09/2008	Sin cargo		
6	49.312.266	GONZALEZ	ENZO	11/09/2008	Sin cargo		
7	49.813.664	SANDOVAL	ALEY	16/05/2008	Sin cargo		
8	49.813.664	MANCILLA	LAUTARO	29/11/2008	Sin cargo		
9	48.493.694	FLORES	FRANCISCO	28/11/2007	Sin cargo		
10	47.745.883	LEZCANO	YENIFER	24/02/2007	Sin cargo		
11	49.667.865	ACEVEDO	NATHAN	21/06/2009	Sin cargo		
12	48.578.214	FARIAS	MARLEM	28/01/2008	Sin cargo		
13	49.312.201	VEGA	JOEL	27/01/2009	Sin cargo		
14	47.862.766	GUERRERO	ABRIL	25/08/2006	Sin cargo		
15	48.561.359	SEGOVIA	MAXIMILIANO	03/02/2008	Sin cargo		

1. DATOS

Nombre y Apellido: SANDRA HEYNA
Domicilio del Titular: HEMINGWAY 884
Ciudad: ADOLFO SORRIBERUX Provincia: BASAS
Tipo y N° de Documento: 16849024 Teléfono: 1121942328
Fecha de Nacimiento: 29/11/63

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

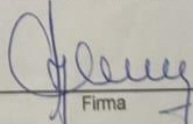
3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

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:
VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: No y 26 Dosis

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: David Heyma Teléfono:
Institución Médica: IDHA Teléfono:
Número de Afiliado: 2168490248/00


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: 29 de Octubre 2023

Por la presente autorizo a mi hijo/a Stoanna Lick 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 El Huevo Maldito, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(as) José y Herme que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EESN 36

Fecha de ingreso: 29/10/23

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

Aclaración: Lick Stoanna

Domicilio: Camino de San Lorenzo 87

Localidad: Grand Bourg

Provincia: Bois

Tipo y N° doc: 24310 035

Teléfono: 11 42609421

Fecha de nacimiento el/la menor: —

Tipo y N° documento el /la menor: —

DATOS

Nombre y Apellido: MARINA LUCK

Domicilio del Titular: LOUIS VERNET

Ciudad: GRAN BOURG

Tipo y N° de Documento: 24310035

Provincia: UISAS

Teléfono: 1142421021

Fecha de Nacimiento: 31/10/74

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: 1 y 2 Dosis

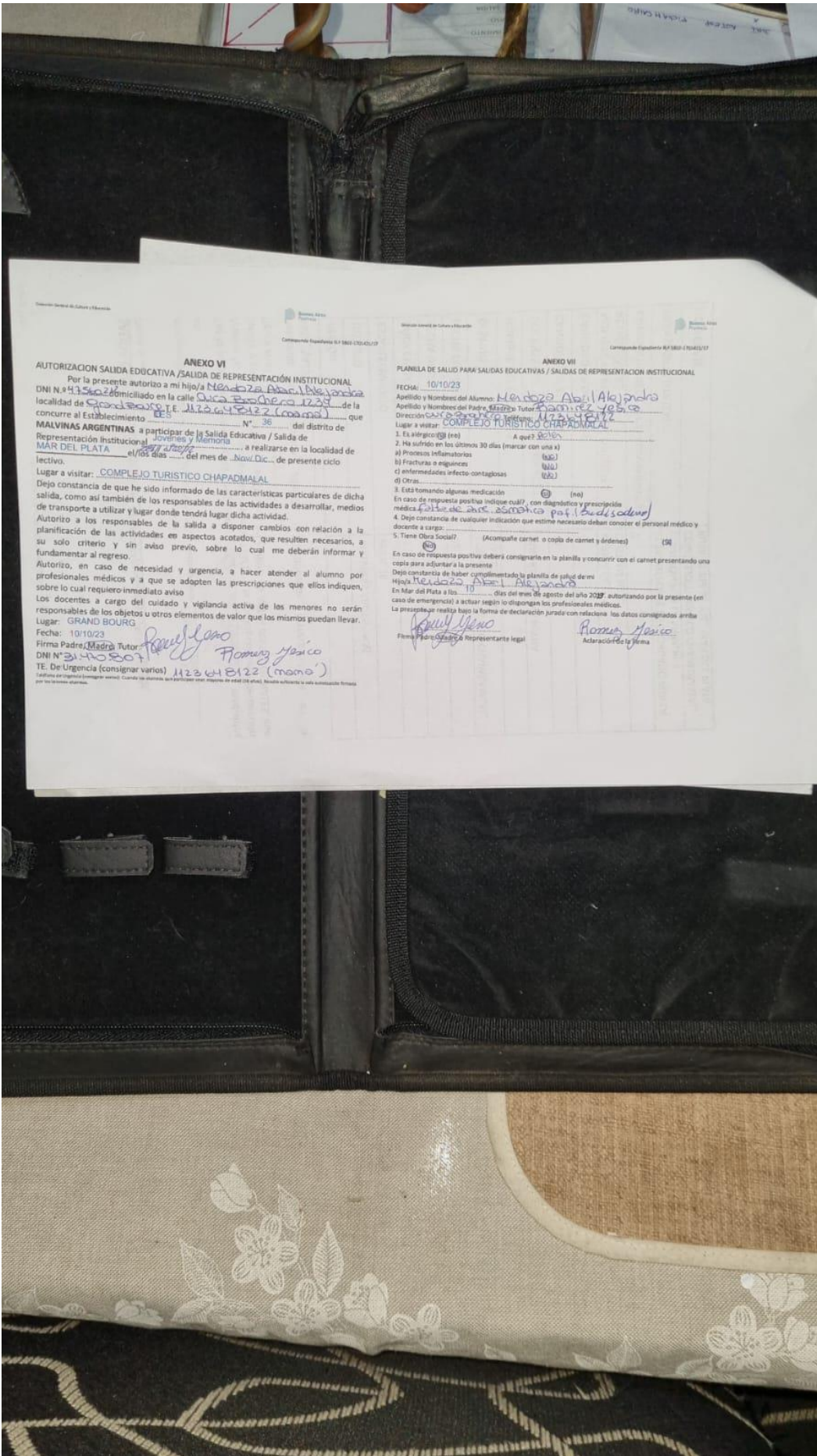
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: IOHA Teléfono: _____

N° Afiliado: 2243100354/00

[Firma]
Firma



ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Néstor Abel Alejandro
DNI N° 41360263 domiciliado en la calle Quico Broche 1237 de la
localidad de Grand Bourg T.E. 1123 418122 (mama) que
concorre al Establecimiento ES N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional Juveniles y Marcha a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA el/05 día 10 del mes de Noviembre de presente ciclo
lectivo.
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
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 sólo 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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre/Madre Tutor: Rosely Lano
DNI N° 3140507
Firma Representante legal: Romero Mónica
TE. De Urgencia (consignar varios) 1123 418122 (mama)
Validante del Organismo Emisor: Cuando se solicite que el/los representantes de cada alumno, presente autorización a su institución formadora
por sus respectivos canales.

ANEXO VII
PLANILLA DE SALIDA PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Néstor Abel Alejandro
Apellido y Nombres del Padre: ES Tutor: Rosely Lano
Dirección: Quico Broche 1237 Teléfono: 1123 418122
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
1. Es alérgico: (na) A qué? venen
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos inflamatorios (na)
b) Fracturas o esguinces (na)
c) Enfermedades infecto contagiosas (na)
d) Otras: (na)
3. Está tomando alguna medicación (na)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
médica: 200 mg de ácido acetilsalicílico por (Bardisodeno)
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
docente a cargo: (na)
5. Tiene Obra Social? (na) (Acompañar carnet o copia de carnet y ordenes) (na)
En caso de respuesta positiva deberá consignarla 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/a Néstor Abel Alejandro
En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
caso de emergencia) a actuar 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 Representante legal: Rosely Lano
Aclaración de la firma: Romero Mónica



ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gonzales Mellin Domingo E. DNI N° 82052473 domiciliado en la calle Centuria del 2168 de la localidad de Grand Bourg T.E. 1727 6700 52 que concurre al Establecimiento EES N° 36 del distrito de MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Jordanes y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA del 10 al 10 del mes de Nov. Dic. de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre, Tutor: [Firma]
DNI N° 82052473
E. De Urgencia (consignar varios) 1100229473

Planta de Vigilancia (consignar varios) - Cuando los alumnos participen con menores de edad (16 años). Resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Gonzales Mellin Domingo E.
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Gonzales Mellin Domingo E.
Dirección: Centuria del 2168
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico(a) (no) A qué?
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos inflamatorios (X)
b) Fracturas o esguinces (X)
c) Enfermedades infecto-contagiosas (X)
d) Otras: _____
3. Está tomando alguna(s) medicación (sí) (no) _____
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____
4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____
5. Tiene Odra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y érdense) (X) (No) _____

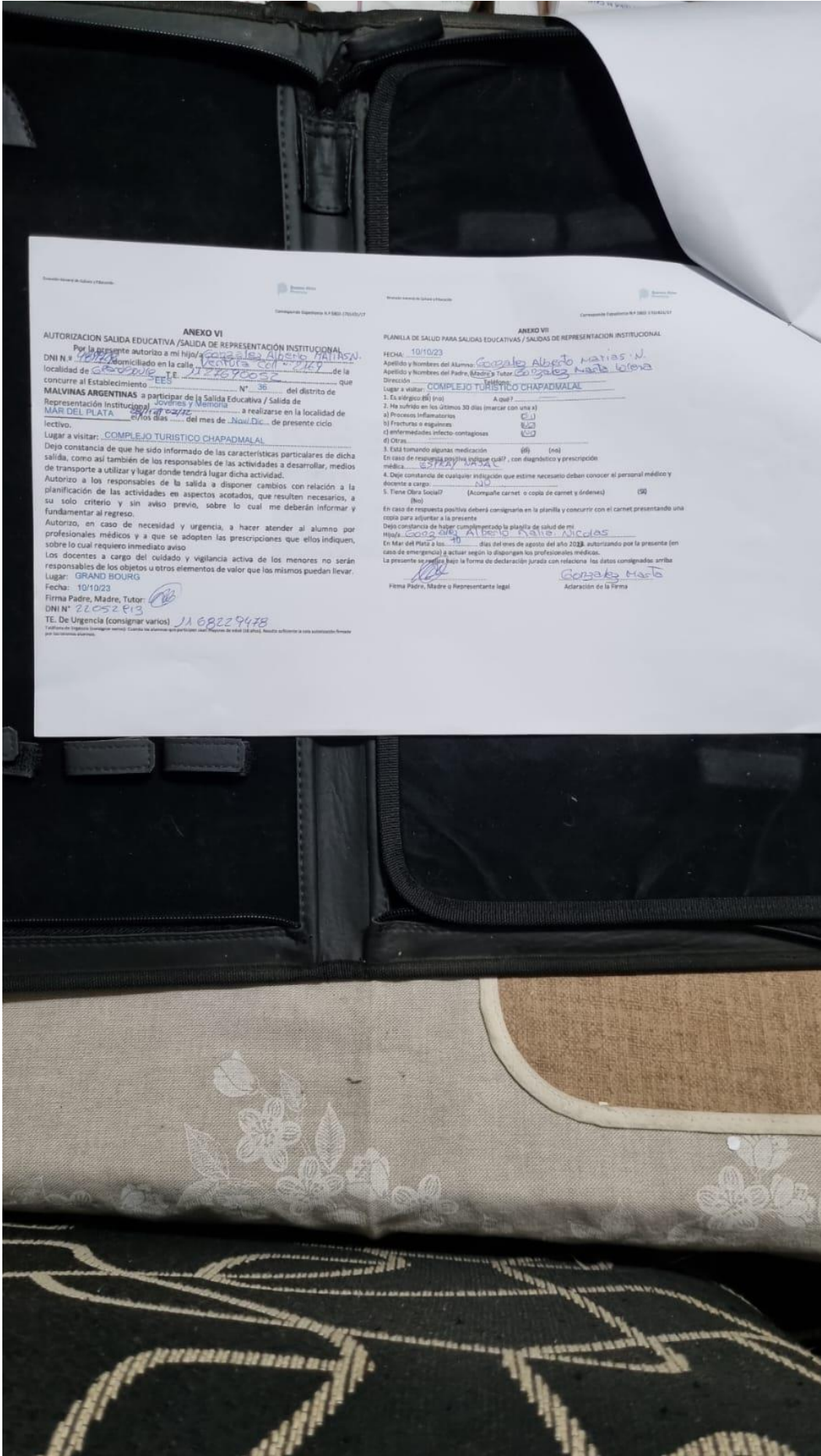
En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a Gonzales Mellin Domingo E. en 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

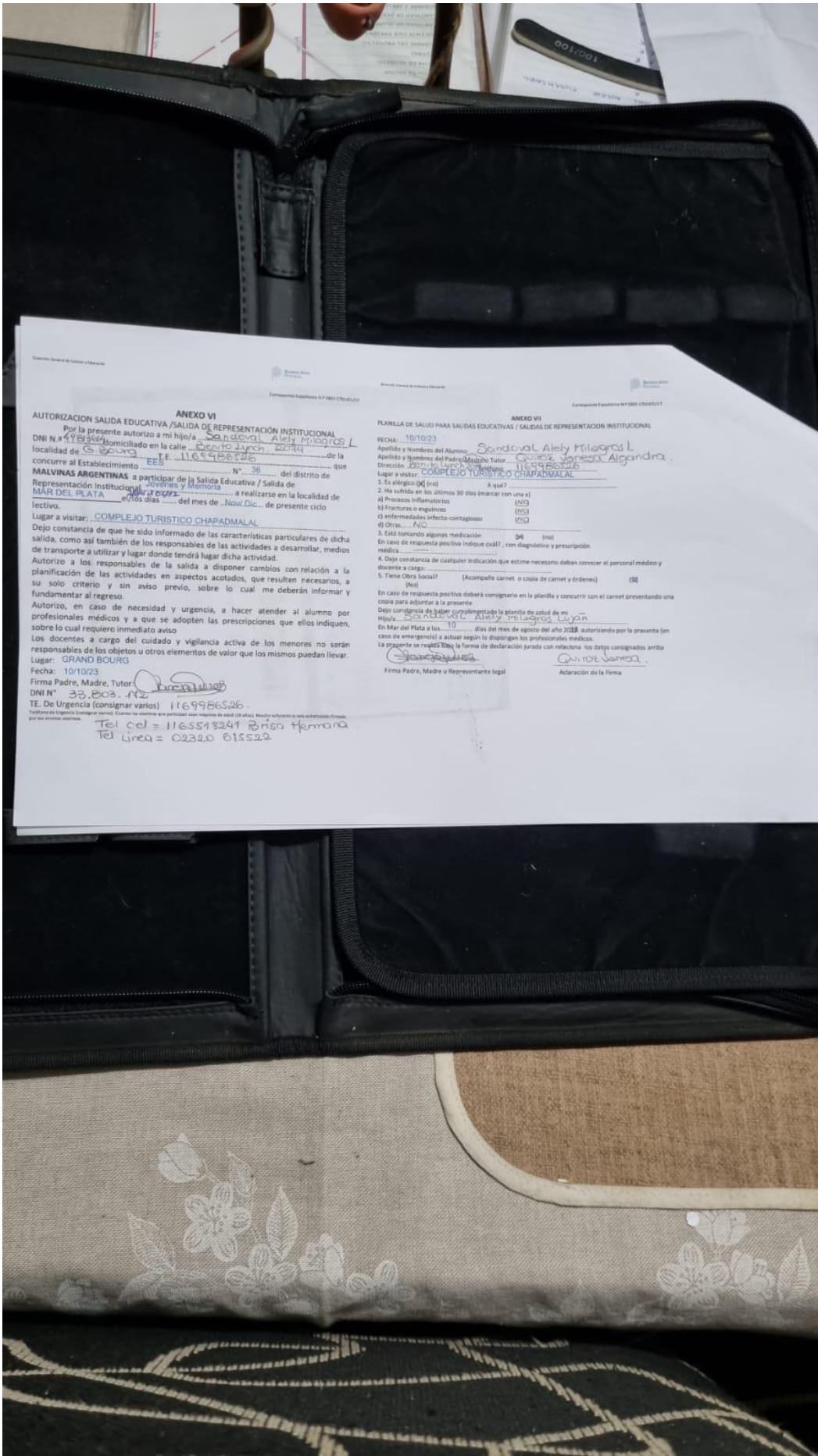
Firma Padre, Madre o Representante legal: [Firma]
Aclaración de la Firma: Gonzales Mellin Domingo E.





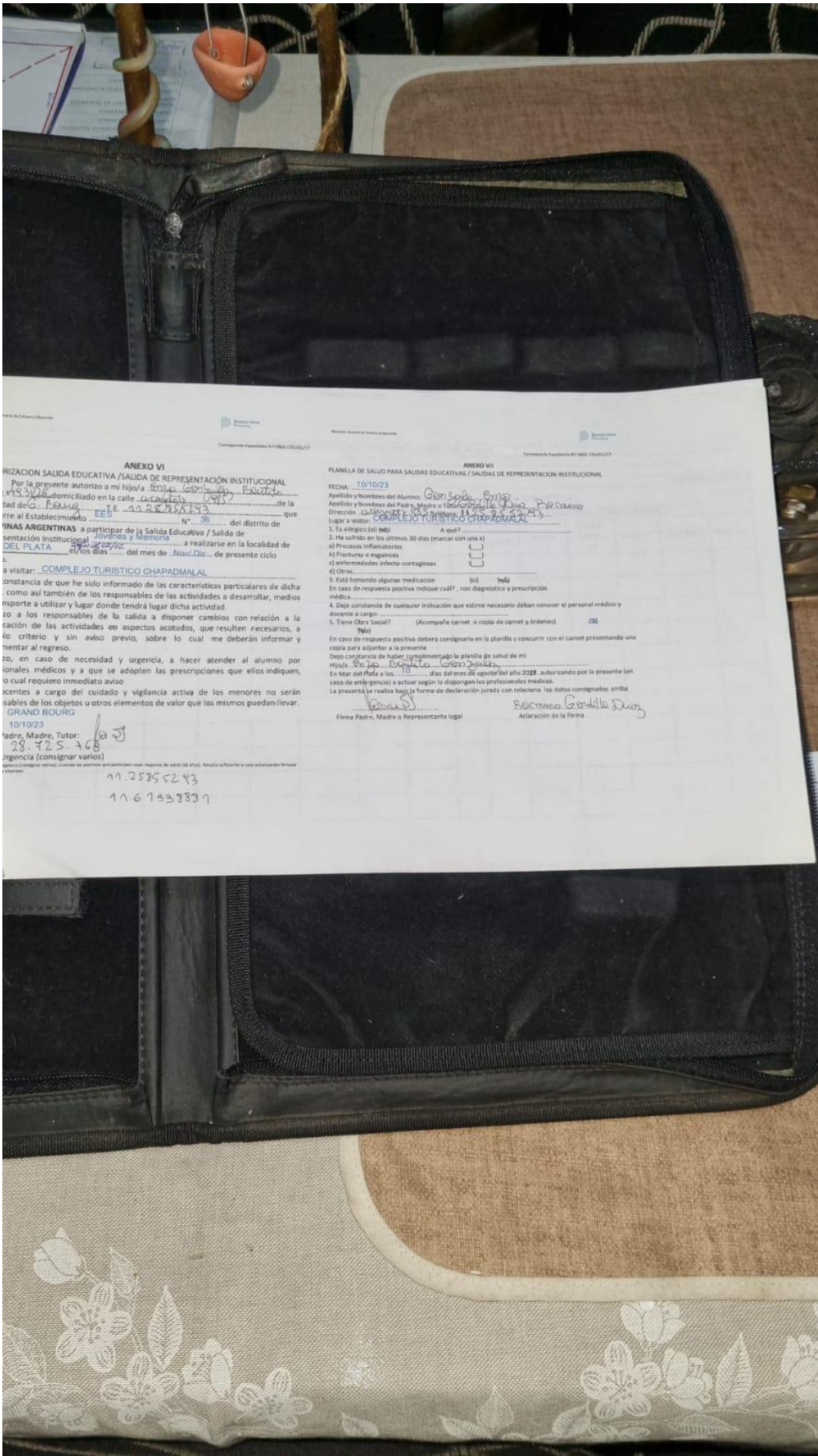
ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
Por la presente autorizo a mi hijo/a Gonzalez Alberto Matias N.
DNI N° 22052813 domiciliado en la calle Victoria Coltrรกn de la
localidad de Granow T.E. 112270052 que
concurra al Establecimiento EES N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representaci3n Institucional Jardines y Memoria a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA del 10 al 20 de del mes de Nov. Dic. de presente ciclo
lectivo.
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
Dejo constancia de que he sido informado de las caracteristicas particulares de dicha
salida, como asi tambien de los responsables de las actividades a desarrollar, medios
de transporte a utilizar y lugar donde tendrรก lugar dicha actividad.
Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relaci3n a la
planificaci3n de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a
su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberรกn informar y
fundamentar al regreso.
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por
profesionales m茅dicos 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 serรกn
responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.
Lugar: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre, Tutor: [Firma]
DNI N° 22052813
T.E. De Urgencia (consignar varios) 11 68229478

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
Fecha: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Gonzalez Alberto Matias N.
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Gonzalez Maria Wilson
Direcci3n: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
1. Es vירgrico (SI) (NO) SI A qu茅? _____
2. Ha sufrido en los 30 días anteriores (marcar con una X)
a) Procesos inflamatorios SI
b) Fracturas o esguinnes NO
c) Enfermedades infecto-contagiosas NO
d) Otras: _____
3. Estรก tomando alguna medicaci3n (SI) (NO) NO
En caso de respuesta positiva indique qu茅?, con diagn3stico y prescripci3n
m茅dica: SIEMPRE VIGILAR
4. Deje constancia de cualquier situaci3n que estime necesario deban conocer al personal m茅dico y
docente a cargo: NO
5. Tiene Odra Soq3? (Acompa馱e carnet o copia de carnet y ordenes) (SI) (NO) NO
En caso de respuesta positiva deberรก consignarla en la planilla y concurrir con el carnet presentando una
copia para adjuntar a la presente.
Dejo constancia de haber cumplido la planilla de salud de mi
Hijo/a Gonzalez Alberto Matias Nicolas
En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del a駉 2023, autorizando por la presente (en
caso de emergencia) a actuar segun lo dispongan los profesionales m茅dicos.
La presente se realiza bajo la forma de declaraci3n jurada con relaci3n a los datos consignados arriba.
Firma Padre, Madre o Representante legal: [Firma] Aclaraci3n de la Firma: Gonzalez Maria



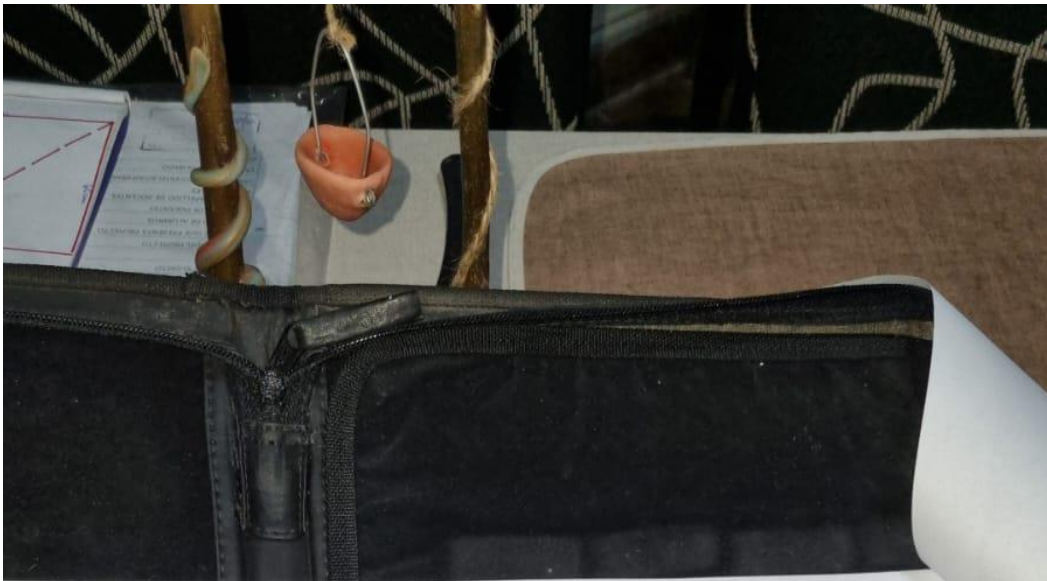
ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a Sandra Aley Milagros L.
 DNI N° 47.819.658 domiciliado en la calle Sanito Lynch 4094
 localidad de GRAND BOURG TE 1165586526 de la
 concurre al Establecimiento FEI N° 38 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Verdes y Memoria a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA del mes de Nov. Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la
 planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, o
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre, Madre, Tutor [Firma]
 DNI N° 33.803.42
 TE. De Urgencia (consignar varios) 1169986526
 Teléfono de Urgencia (consignar varios) 1165518241 Brisa Hermana
 Tel cel = 1165518241 Brisa Hermana
 Tel línea = 02220 615522

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombre del Alumno: Sandra Aley Milagros L.
 Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor: Quiroz, Sandra Alejandra
 Dirección: Sanito Lynch 4094 Teléfono: 1169986526
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico? (SI) (NO) _____
 A qué? _____
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 a) Procesos inflamatorios (NO) _____
 b) Fracturas o engueltas (NO) _____
 c) Enfermedades infecto-contagiosas (NO) _____
 d) Otras: NO
 3. Está tomando alguna medicación (SI) (NO) _____
 En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
 médica: _____
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: _____
 5. Tiene Otra Cosa? (Acompañe carnet, o copia de carnet y órdenes) (SI) _____
 (NO) _____
 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/a: Sandra Aley Milagros Lujan
 En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.
 La presente se respalda bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.
 Firma Padre, Madre o Representante legal [Firma] Actación de la Firma [Firma]



ANEXO VI
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hijo/a Emiliano Roberto
 domiciliado en la calle Av. 10 de Mayo de la
 ciudad de Buenos Aires N° 11.253.52.93 que
 asista al Establecimiento EEB del distrito de
UNAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de
DEL PLATA el/los días 28, 29 y 30 del mes de Noviembre de presente ciclo
 a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 En caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por
 médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen,
 o a utilizar y lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 En caso de respuesta positiva indicará cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 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/a Emiliano Roberto
 En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal [Firma]
 Ataración de la firma Roberto González Díaz
 10/10/23
 11.253.52.93
 11.6733.887

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: González Díaz
 Apellido y Nombres del Padre, Madre o Titular: Roberto Díaz
 Dirección: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico (a) NO a qué? _____
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 a) Pruritos inflamatorios
 b) Fracturas o esguinces
 c) Enfermedades infecto-contagiosas
 d) Otras: _____
 3. Está tomando alguna medicación NO NO
 En caso de respuesta positiva indicará cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: _____
 5. Tiene Obra Social? NO (Acompañe carnet o copia de carnet y ordenes) SI
 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/a Emiliano Roberto
 En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal [Firma]
 Ataración de la firma Roberto González Díaz



ANEXO VI

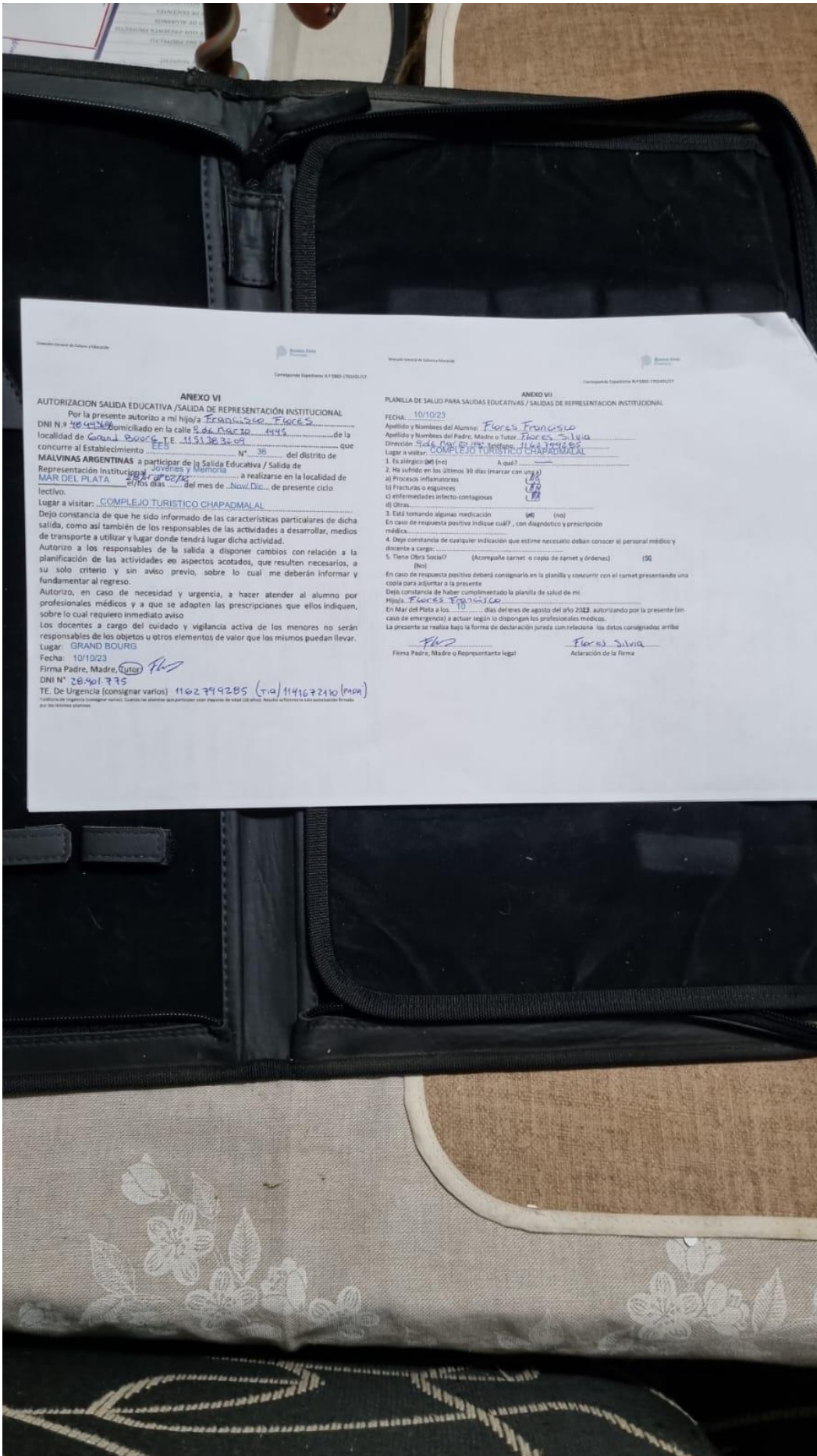
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MANUELA LEONARDO MANUEL
 DNI N.º 4906211 domiciliado en la calle VALPARAISO 1361 de la
 localidad de GRAND BOURG T.E. 1123095357 que
 concurre al Establecimiento N.º 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Madres a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA 10 días del mes de NOVIEMBRE de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor: [Firma] LEONARDO, MAGALI
 DNI N.º DS 108357
 T.E. De Urgencia (consignar varios) 1123095357 (MAMA)
1131729508 (PAPA)

ANEXO VI

PLANILLA DE SALIDA PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: MANUELA LEONARDO MANUEL
 Apellido y Nombres del Padre/Madre/Tutor: LEONARDO, MAGALI
 Dirección: MAR DEL PLATA
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico(a) (ver) 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 (ver)
 En caso de respuesta positiva indique cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo:
 5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes)
 (No)
 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/a MANUELA LEONARDO MANUEL
 en MAR DEL PLATA a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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/Responsable legal: [Firma] LEONARDO, MAGALI
 Aclaración de la Firma



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Flores Francisco con DNI N° 4644740 domiciliado en la calle 9 de Julio 4919 de la localidad de Grand Bourg TE 1151383209 que concurre al Establecimiento EES N° 36 del distrito de MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Chadmalal y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA del 10/02/23 a los 11 días del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad. 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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre, Madre (tutor) [Firma]
DNI N° 28401775

TE. De Urgencia (consignar varios) 1102799285 (r.a) 114167240 (papa)
La firma del signatario (signatarios) cuando se autoriza que participe en actividades de riesgo (28 años), deberá adjuntarse la foto autorizada y validada por los médicos autorizados.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Flores Francisco
Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Flores Silvia
Dirección: Calle 9 de Julio 4919
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
1. Es alérgico? (si) (no) A qué? _____
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con un X)
a) Procesos inflamatorios (si) (no)
b) Fracturas o esguines (si) (no)
c) enfermedades infecto-contagiosas (si) (no)
d) Otras _____
3. Está tomando alguna medicación (si) (no)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____
5. Tiene Otros Datos? (No) (Sí) (Acompañar carnet o copia de carnet y órdenes)
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 completado la planilla de salud de mi hijo/a: Flores Francisco
En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: [Firma] Aclaración de la Firma: Flores Silvia



ANEXO VI

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a LEONARDO JESSNER de la localidad de GRAND BOURG que concurre al Establecimiento EES N° 38 del distrito de **MALVINAS ARGENTINAS** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA los días del 1 al 2 de agosto del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23

Firma Padre, Madre, Tutor: HORACIO JUAN CALLOS

DNI N° 3-00060

TE. De Urgencia (consignar varios)

El presente es Urgencia (salvo que se indique lo contrario). Cuando los alumnos sean mayores de edad (18 años), basta suficiente en esta autorización firmada por los mismos alumnos.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: LEONARDO JESSNER

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: HORACIO JUAN CALLOS

Dirección: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico(s) (SI) 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 algunas medicación (SI) (N) _____

En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer al personal médico y docente a cargo: _____ (SI) (N) _____

5. Tiene Obra Social? _____ (SI) (N) _____

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

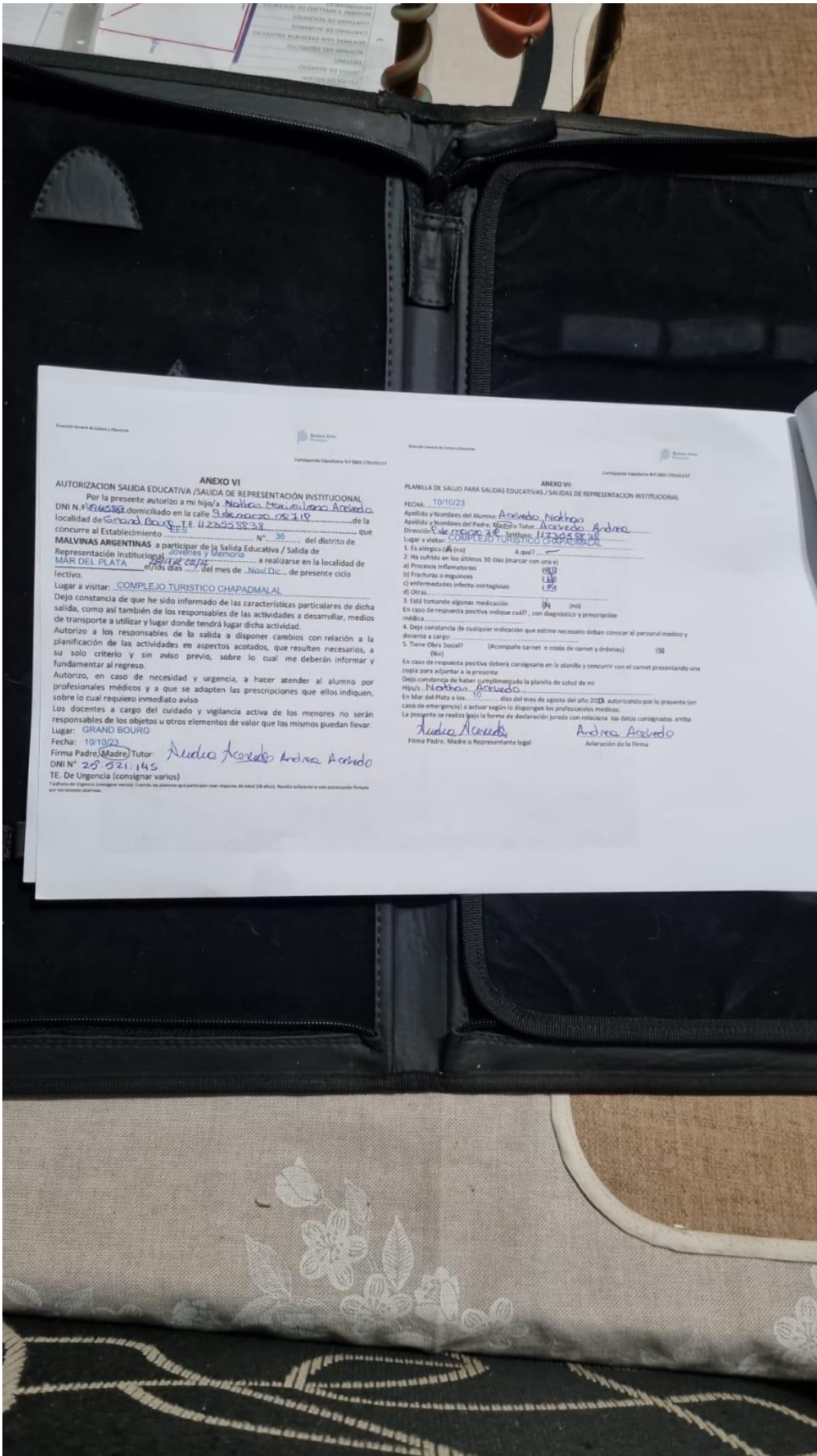
Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a LEONARDO JESSNER el día 10 de octubre del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma Padre, Madre o Representante legal: HORACIO JUAN CALLOS

Aclaración de la Firma: _____





ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 Por la presente autorizo a mi hija/a Natalia Mariana Acevedo
 DNI N° 25.521.145 domiciliado en la calle GRAND BOURG N° 19 de la
 localidad de GRAND BOURG E. U. 22003333 que
 concurre al Establecimiento ES N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Mujeres a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA del mes de Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor: Natalia Acevedo Andrea Acevedo
 DNI N° 25.521.145
 TE. De Urgencia (consignar varios)

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL
 FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: Acevedo Natalia
 Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor: Acevedo Andrea
 Dirección: Calle número 36 Grand Bourg
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 A qué? ES
 1. Es alérgico (a) SI (a qué?) —
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
 a) Procesos inflamatorios SI
 b) Fracturas o esguines SI
 c) Enfermedades infecto-contagiosas SI
 d) Otras: —
 3. Está tomando alguna medicación SI (en) —
 En caso de respuesta positiva indique cuál? — con diagnóstico y prescripción
 médica: —
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: —
 5. Tiene OTRAS Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) SI
 (No) —
 En caso de respuesta positiva deberá consignar 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/a Natalia Acevedo
 En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: Natalia Acevedo Andrea Acevedo
 Adhesión de la Firma



ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Fanas Camila Martene
 DNI N° 48764 domiciliado en la calle Nicas Moscoralis de la
 localidad de C. Bourg T.E. 1123664430 que
 concurre al Establecimiento N° 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Manito
MAR DEL PLATA el 10 día de agosto del mes de Nov. Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor gouytr Blasco W3
 DNI N° 34.188.392 1123664430 (madre)
 T.E. De Urgencia (consignar varios) 09320 486427 (casa)
02320 415454 (ma)

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: Fanas Martene
 Apellido y Nombres del Padre/Madre/Tutor: Blasco W3
 Dirección: Nov. Dic. 1123664430
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 A qué? salida educativa

- Es alérgico(a) (marcar con una X)
 - a) Procesos inflamatorios (X)
 - b) Fracturas o esguinces (X)
 - c) enfermedades infecciosas-contagiosas (X)
 - d) Otras _____
- Está tomando alguna medicación (X) (No) ()
 En caso de respuesta positiva indicar cuál, con diagnóstico y prescripción
 médica: 100 mg de dilt (Budesonide aerosol)
aerosol nasal
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo: SI
- Tiene Obra Social? (No) (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) (SI)

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/a: Fanas Martene
 En Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.
 La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación los datos consignados arriba

Firma Hijo/a, Madre o Representante legal gouytr Blasco W3
 Aclaración de la Firma





ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a VEGA JOEL FERNANDO
 DNI N.º 4931280 domiciliado en la calle JOSE HERNANDEZ 1998 de la
 localidad de GRAND BOURG RES 1153695491 que
 concurre al Establecimiento N.º 36 del distrito de
MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de
 Representación Institucional Jóvenes y Memoria
10/10/23 a realizarse en la localidad de
MAR DEL PLATA el/los días 10/10/23 del mes de Nov./Dic. de presente ciclo
 lectivo.
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.
 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: GRAND BOURG
 Fecha: 10/10/23
 Firma Padre/Madre/Tutor: [Firma] Vanessa Robledo
 DNI N.º 27709080
 TE. De Urgencia (consignar varios)
Facilitar de Urgencia (consignar varios). Cuando los alumnos que participan sean menores de edad (18 años), resulta suficiente en esta autorización firmada por los mismos alumnos.

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
 Apellido y Nombres del Alumno: VEGA JOEL FERNANDO
 Apellido y Nombres del Padre/Madre/Tutor: Vanessa Robledo
 Dirección: JOSE HERNANDEZ 1998
 Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL
 1. Es alérgico? (no) [X] A qué?
 2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X)
 a) Procesos inflamatorios (No)
 b) Fracturas o esguinces (No)
 c) enfermedades infecto-contagiosas (No)
 d) Otras
 3. Está tomando alguna medicación [X] (no)
 En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción
 médica.
 4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y
 docente a cargo:
 5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) (No)
 (No)
 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/a VEGA JOEL FERNANDO
 En Mar del Plata los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en
 caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal [Firma] Vanessa Robledo
 Aclaración de la Firma

02320 480827
 11 5530 8502
 11 5369 5491



Ministerio de Cultura y Educación
Compendio Español N° 1802 (17/04/17)

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a ARIA AGUIL GUERRERO DNI N° 33245418 domiciliado en la calle CASARDO VAJAS 2405 de la localidad de GRAND BOURG TE 46431892 que concurre al Establecimiento EES N° 36 del distrito de MALVINAS ARGENTINAS a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Malvinas y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA el/los días del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: GRAND BOURG

Fecha: 10/10/23
Firma Padre/Madre Tutor: [Firma] GRACIELA IRIS FLORES
DNI N° 33245418
TE. De Urgencia (consignar varios): 46431892 / 424919276

El/los alumno/s que participen en salidas de educación de nivel secundario y terciario deben estar autorizados por sus representantes legales.

Ministerio de Cultura y Educación
Compendio Español N° 1802 (17/04/17)

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: GUERRERO LARA AGUIL
Apellido y Nombres del Padre/Madre Tutor: FLORES GRACIELA IRIS
Dirección: GRAND BOURG TE 46431892
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. Es alérgico: (no) A qué? _____
2. Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)
a) Procesos inflamatorios (no)
b) Fracturas o esguinces (no)
c) enfermedades infecto-contagiosas (no)
d) Otras: _____
3. Está tomando alguna medicación: (no) (sí) _____
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____
4. Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____
5. Tiene Obra Social? (no) (Acompañe carnet o copia de carnet y órdenes) (sí) _____

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/a GUERRERO LARA AGUIL en Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023, autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 y Representante legal: [Firma] GRACIELA IRIS FLORES
Aclaración de la Firma



Ministerio Central de Educación y Deportes
Comando en Jefe N° 1102 170421/17

ANEXO VI
AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a SEBASTIÁN MARCELO DNI N° 30.502.984 domiciliado en la calle SEBASTIÁN MARCELO 2955 de la localidad de GRAND BOURG TE. 116507-7188 que concurre al Establecimiento EES N° 36 del distrito de **MALVINAS ARGENTINAS** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional Jóvenes y Memoria a realizarse en la localidad de MAR DEL PLATA el/los días 10/10/23 del mes de Noviembre de presente ciclo lectivo.

Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

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 lugar donde tendrá lugar dicha actividad.

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: GRAND BOURG
Fecha: 10/10/23
Firma Padre (Madre) Tutor: Anabelle Claudia Vanesa
DNI N° 30.502.984
TE. De Urgencia (consignar varios) 11-6507-7188/11-6654-3245/11-6600-5127

Talipunto de Urgencia (consignar varios): Cuando se encuentre que participan niños menores de edad (18 años). Resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

Ministerio Central de Educación y Deportes
Comando en Jefe N° 1102 170421/17

ANEXO VII
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

FECHA: 10/10/23
Apellido y Nombres del Alumno: Sebastian Maximiliano
Apellido y Nombres del Padre (Madre) Tutor: Anabelle Claudia Vanesa
Dirección: Los Hornos 2955, Grand Bourg, 116507-7188
Lugar a visitar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL A qué?

1. Es alérgico (sí) (no) (SI) (NO)
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 algunas medicación (SI) (NO) (SI) (NO)
En caso de respuesta positiva indique cuál?, con diagnóstico y prescripción médica: _____
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____
5. Tiene Obra Social? (Acompañe carnet o copia de carnet y ordenes) (SI) (NO) (SI) (NO)

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/a SEBASTIÁN MARCELO en Mar del Plata a los 10 días del mes de agosto del año 2023 autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar 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 o Representante legal: Anabelle Claudia Vanesa
Aclaración de la Firma: _____





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



RENAPER EMISION 002

Apellido / Surname
LICK

Nombre / Name
KARINA VALERIA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA C

Fecha de nacimiento / Date of birth
31 OCT/ OCT 1974

Fecha de emisión / Date of issue
19 ENE/ JAN 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 ENE/ JAN 2037

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

24.310.035

Trámite N° / Of. ident.
00683876800
7889



