

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

## ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABIGAIL VASQUEZ ALBORNOZ  
 DNI N° 46020480 domiciliado en la calle SUYPACHA 32  
 de la localidad de BENITO JUÁREZ Teléfono 2915739127  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 del  
 distrito B JUÁREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
 Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
 localidad de CHAPADMALAL el/los  
 día/días 18 19 20 21 del mes de NOVIEMBRE del  
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

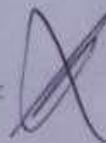
Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Benito JuárezFecha: 06/11/22

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


Abigail Albornoz
DNI N°: 23183769

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

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 2/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABIGAIL VASQUEZ 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 Hoteles S. 2 y 6 Chaparral, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras 1 es GISELLE LUCIANI

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

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: Ivon Alboinof

Domicilio: Su. Pacca 32

Localidad: Benito Juárez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: D.N. 1 23183269

Teléfono: 2281305777

Fecha de nacimiento el/la menor: 30/11/2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.070.480

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

AGUIBARI JASQUE ALBORNOZ

Domicilio del Titular

C. H. DE ROSAS 71

Ciudad

BENITO JUAREZ

Provincia

Buenos Aires

Tipo y N° de Documento

D.N.I. 46026480

Teléfono

2493134123

Fecha de Nacimiento

20/11/04

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: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: IVON ALBORNOZ

Teléfono: 2281305799

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 09/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno VASQUEZ ALBORNOZ ABIGAIL

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

ALBORNOZ IVON

Dirección SU PACHA 32 Teléfono: 2281305799

Lugar a viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico?  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?  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?  Sí  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

VASQUEZ ALBORNOZ ABIGAIL en DENITO JUANES 02 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 forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Albornoz Ivon  
Aclaración de la Firma



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

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a. Medina Yanella  
DNI N° 45.577.951 domiciliado en la calle MAIPU 504  
de la localidad de BENITO JUAREZ Teléfono. 2281-590780  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3° de BENITO JUAREZ del  
distrito B. JUAREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional. Jovenes y memoria a realizarse en la  
localidad de Charadmalal el/los  
día/días 18 al 21 del mes de Noviembre del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Charadmalal

Fecha: 2/11/22

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

DNI N°: 14.896.868

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.

2281-319968 - 2281-576576

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 2 / 11 / 22

Apellido y Nombres del Alumno Medina Yanella

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

Dirección Maipú 504 Teléfono: 2281-576576

Lugar a viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico?  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?  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?  Sí  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

Medina Yanella en B. Juárez a los 2 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

*[Handwritten signature]*

Aclaración de la Firma

*[Handwritten signature]*

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: Mariela Medina  
Domicilio del Titular: MARVU 304  
Ciudad: B. JUAREZ Provincia: B. S. A. S.  
Tipo y N° de Documento: 45577951 Teléfono: 2281390780  
Fecha de Nacimiento: 10/02/2004

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_

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

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cual: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Medina Mario

Teléfono: 2281-319968

Cobertura Médica: I.O.M.A

Teléfono: 2281-576576

N° Afiliado: 113 678960/05

Eduardo Buzo  
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: B. Juarez / 2-11-22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Medina Yanella a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades recreativas en la Unidad Turística Chaladmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Giselle Luciani que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 3

Fecha de ingreso: 18 de noviembre

Evelin J. Benavente

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

Aclaración: EVELIN J. BENAVENTE

Domicilio: Maipú 504

Localidad: B. Juarez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI - 14896868

Teléfono: 2281-576576

Fecha de nacimiento el/la menor: 10-02-2004

Tipo y N° documento el /la menor: DNI - 45577951

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 02.11.2022

Apellido y Nombres del Alumno Heredia Marini Emilia

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

Verónica Marini

Dirección S. Zabalza 310 Teléfono: 401497

Lugar a viajar.....

1. ¿Es alérgico?  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?  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: .....

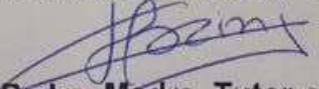
5. ¿Tiene Obra Social?  sí  No (tachar lo que no corresponda)

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

en Emilia Heredia Marini  
en Benito Juárez a los 02 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

Verónica Marini  
Aclaración de la Firma

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

de Turismo y Deportes  
Nacional de Turismo Social

Nombre y Apellido: EMILIA HEREDIA MARINI  
Domicilio del Titular: SANTANA ZABALZA 310  
Ciudad: BENITO SUAREZ Provincia: BSAS  
Tipo y N° de Documento: 46750752 Teléfono: 2281401497  
Fecha de Nacimiento: 05/10/05

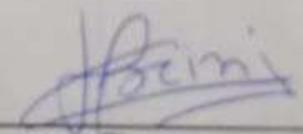
2. INFORMANTE Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

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: Marini Veronica Teléfono: 2281-401497  
Cobertura Médica: ZOMA Teléfono:  
N° Afiliado: 2250950434/02

  
Firma



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a..... EMILIA HEREDIA MARINI.....  
DNI N° 46.750.752..... domiciliado en la calle Santana Zabalza 310  
de la localidad de Benito Juárez..... Teléfono 2281-401497  
que concurre al Establecimiento Educativo N° Escuela Media N°3 del  
distrito Benito Juárez..... a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional..... a realizarse en la  
localidad de Chapadmalal..... el/los  
día/días 18 al 21..... del mes de NOVIEMBRE..... del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Benito Juárez

Fecha: 02/11/2022

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

DNI N°: 25.095.043

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

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Berito Juárez 02/11/2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a Emilia Hagedo Marini 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 Hoteles N° 5 y 6 Ciudad de Mar del Plata permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. Coiselle Luciani es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Escuela de Educación secundaria N° 3

Fecha de ingreso: 18-11-2022

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

Aclaración: Verónica Marini

Domicilio: Santana Zabolto 310

Localidad: Berito Juárez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 25.085.043

Teléfono: 2281-407497

Fecha de nacimiento el/la menor: 05/10/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.750.752

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a MORALES MALCONI PILAR  
DNI N° 46.750.765, domiciliado en la calle CAS HEJAS 234  
de la localidad de BENITO JUAREZ Teléfono 2281595568  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 DR. BENITO JUAREZ del  
distrito BENITO JUAREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHAPADMALE el/los  
día/días 18, 19, 20 Y 21 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BENITO JUAREZ

Fecha: 02-11-2022

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

DNI N°: 25.095.119

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 02/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno Morales Marconi Pilar

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

Dirección Las Heras 234 Teléfono: 2281305624

Lugar a viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico?  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?  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

Morales Marconi Pilar en Benito Juárez a los 02 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 Morales Marconi Rosa

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Benito Juarez 02-11-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Norales Marconi Pilar 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 Hoteles N° 5 y 6 Chapadmalal permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Giselle Luciani que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Escuela de educación secundaria N° 3.

Fecha de ingreso: 18-11-2022

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

Aclaración: MARCONI ROSA

Domicilio: Las Heras 234

Localidad: Benito Juarez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 25.095.119

Teléfono: 2281305624

Fecha de nacimiento el/la menor: 11-10-2005

Tipo y N° documento el /la menor: 46.750.765

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Morales Marconi Pilar  
Domicilio del Titular Las Heras 234  
Ciudad Benio Juarez Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento 46.750.765 Teléfono 2281 305624  
Fecha de Nacimiento 11/10/2005

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: 3 TRIPLE: 5 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marconi Rosa Teléfono: 2281 305624

Cobertura Médica: IONA Teléfono: 02292 45-3085

N° Afiliado: 2250951198/02

  
Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN

INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALADRO PILAR  
 DNI N° 47051871 domiciliado en la calle CAP. RAMOS 240  
 de la localidad de B. Juárez Teléfono 2281 568592  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° SEC N° 3 del  
 distrito B. Juárez a participar de la Salida Educativa/Salida de  
 Representación Institucional a realizarse en la  
 localidad de CHAPADMALAL el/los  
 día/días 19 20 21 del mes de NOVIEMBRE del  
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. Juárez

Fecha: 02 Noviembre 2022

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

*[Firma manuscrita]*

DNI N° 17457165

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.

- 2281 585639 MAMA
- 2281 547943 PADRE
- 2281 592787 HERMANA

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 02/11/22

Apellido y Nombres del Alumno ALADRO PILAR

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal ALADRO LUIS A.

Dirección CAPITAN RAMOS 240 Teléfono: 2281 547943

Lugar a viajar CHAPADMALA L

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? [ ] 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

ALADRO PILAR en B. JUAREZ a los 02 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

[Handwritten signature]

Aclaración de la Firma

LUIS A. ALADRO

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: B. Juárez Noviembre /22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALADRO PILAR 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 Hotel N° 1, N° 6, CHADWICK permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es GISELLE LUGANI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: Desidero Luis A.

Domicilio: CAPITAN RAMOS 240

Localidad: B. JUÁREZ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 17457165

Teléfono: 2281 547943

Fecha de nacimiento el/la menor: 27 / 03 / 2006

Tipo y N° documento el /la menor: DU 47051871

*Alfredo Piles*

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: P I C C A R A L A D P R O  
Domicilio del Titular: C A P I T A N T A M O S 2 4 0  
Ciudad: B U J U A R Q U E  
Provincia: B U E N O S A I R E S  
Tipo y N° de Documento: 4 7 0 5 1 8 3 1  
Teléfono: 2 2 8 1 5 6 8 5 9 2  
Fecha de Nacimiento: 2 2 0 3 0 6

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

*Alcides Pilon*

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LAURA E. BLASCO Teléfono: 2281 585639  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 2281 547943  
N° Afiliado: 2203318489/03

  
Firma

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a RAMIREZ LUCIA  
DNI N° 46560048, domiciliado en la calle 25 DE MAYO 306  
de la localidad de Benito Juárez Teléfono 2281-569328  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 del  
distrito BENITO JUÁREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional a realizarse en la  
localidad de CITA PALMADAS el/los  
día/días 18, 19, 20, 21 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Benito Juárez,

Fecha: 2/11/22

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

ANITA BLANCO

DNI N°: 22.815.407

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. 02.11.2022

Apellido y Nombres del Alumno. RAMIREZ LUCIA

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

Dirección. 25 DE MAYO 306 Teléfono: 2281-569938

Lugar a viajar. CHAPALMALAD

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? [ ] 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

.RAMIREZ LUCIA en B. JUAREZ a los 18 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

[Handwritten signature]

ANDREA BLANCO Aclaración de la Firma

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: BENITO JUANEZ, 02/11/2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BAMIBEZ LUCIA 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 HOTEL N° 5 "6 CHAMPAGNE" permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es GISELLE LUCIANI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: ANDREA BLANG

Domicilio: 25 DE MAYO 306

Localidad: BENITO JUANEZ

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: DNI 22.815.407

Teléfono: 2281-569928

Fecha de nacimiento el/la menor: 25/05/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.560.098

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LUCIA--RAMIREZ  
Domicilio del Titular 25-DE-MAYO-306  
Ciudad BENITO JUAREZ Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 46560098 Teléfono 2281569923  
Fecha de Nacimiento 250502

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BLANCO ANDREA Teléfono: 2281-569923

Cobertura Médica: LOMA Teléfono: 2281-587049

*Blanco*  
ANDREA BLANCO  
DNI 22815407

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Benito Juárez 11/11/22

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ailin FARIAS Arias 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 HOTELES N°5 y N°6 (AV. ALMAYZA) permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUCIANI, GISELLE que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N°3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: Marcela Arias

Domicilio: N. Fortabat 423

Localidad: B. Juárez

Provincia: B. A.

Tipo y N° doc: DNI 18511336

Teléfono: 2281-323894

Fecha de nacimiento el/la menor: 07/02/05

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 46269980



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 01 / IV / 22

Apellido y Nombres del Alumno FARIAS ARIAS AILIN

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

ARIAS MARCELA JUANA

Dirección Av. Fortabat 423 Teléfono: 2291-323894

Lugar a viajar

1. ¿Es alérgico?  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?  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?  Sí  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

FARIAS ARIAS AILIN en Benito Juárez a los 1 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

[Handwritten signature]

Marcela Arias  
Aclaración de la Firma

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: A I L I I N F A R I A S A R I A S

Domicilio del Titular: AV FORTABAT 423

Ciudad: BENITO JUAREZ Provincia: B.S.A.S.

Tipo y N° de Documento: Mt 46269980 Teléfono: 2281323894

Fecha de Nacimiento: 070205

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)

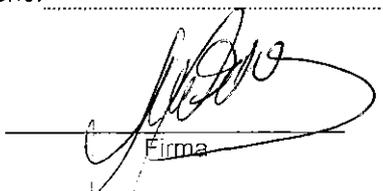
SABIN: Todas BCG: Todas SARAMPION: Todas TRIPLE: Todas COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCELA ANJAI Teléfono: 2281-323894

Cobertura Médica: OSECE Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 46269980

  
Firma



Corresponde al Expediente-N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a ILICIN FARIAS ADIAS  
DNI N° 46269980 domiciliado en la calle AV. FORTASAT 423  
de la localidad de B. Jure Teléfono 2291 373894  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 del  
distrito B. Jure a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de Chapadmalal el/los  
día/días 18, 19, 20, 21 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BENITO JUAREZ

Fecha: 1/11/22

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

DNI N°: 18511336

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 VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MAIA ASTOBIZA  
DNI N° 46.269.970 domiciliado en la calle Juan Manuel de Rosas 151  
de la localidad de Benito Juárez Teléfono 2291.633784  
que concurre al Establecimiento Educativo N° 3 del  
distrito Benito Juárez a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional Juvenes y Memoria a realizarse en la  
localidad de Chafadmalal el/los  
día/días 19-20 y 21 del mes de Noviembre del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Benito Juárez

Fecha: 2 de noviembre del 2022

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

DNI N°: 3242470 (02281-633784)

Verónica Molina

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: 07 / 11 / 2022

Apellido y Nombres del Alumno: Astorite Maiz

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

Dirección: Juan Manuel de Rosas 157 Teléfono: 2281 633784

Lugar a viajar: Chacabuco

1. ¿Es alérgico?  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: NO

3. ¿Está tomando alguna medicación?  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?  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.

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

en Benito Juárez a los 2 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

*Verónica Molina*

Aclaración de la Firma  
*Verónica Molina*

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

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: Berito Juarez, 02-11-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MAIA ASTOBIZA 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 HOTEL N° 5 N° 6 (RUTA 11 KM 35 1/2), permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es LUCIANI GISELLE que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. nro 3

Fecha de ingreso: 18-11-2022

Verónica Molina

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

Aclaración: Verónica Molina

Domicilio: Juan Manuel de Rosas 151

Localidad: Berito Juarez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 32428470

Teléfono: 2281633784

Fecha de nacimiento el/la menor: 01-02-2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46269970

Verónica Molina

*Veneranda*

---

Firma



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a JAZMIN SUAREZ COZIA  
 DNI N° 44.928.358, domiciliado en la calle CAP. RAMOS 236  
 de la localidad de Benito Suarez, Teléfono 2781-322484  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° E. 55 N° 93 del  
 distrito Benito Suarez a participar de la Salida Educativa/Salida de  
 Representación Institucional JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
 localidad de CHASABUNDA el/los  
 día/días 18-19-20-21 del mes de NOVIEMBRE del  
 presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. Suarez

Fecha: 02/11/2022

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

LARA NOEMI COZIA

DNI N° 26.209.290

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: 02/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno: MARTIN SUAREZ CORIA

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

LAURA NOEMI CORIA

Dirección: CAP. LIMOS 236 Teléfono: 2281-32784

Lugar a viajar: PAR 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  Gripe
- 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

MARTIN SUAREZ CORIA en B. Suarez a los 02 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

*[Handwritten signature]*

LAURA NOEMI CORIA  
Aclaración de la 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: B. Soirac 2/11/2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a JAMIN SUAREZ COLA 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 HOZ N° 2 y N° 6 QUINDIAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras GISELE LUCCANI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

Lucia Noemi Cola

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

Aclaración: LUCIA NOEMI COLA

Domicilio: CP. 12405 236

Localidad: Benito Juarez

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 26.209.290

Teléfono: 2281-322784

Fecha de nacimiento el/la menor: 4-4-03

Tipo y N° documento el /la menor: 44.928.358

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular  C 2 4 7 1 2 2 2 R 2 4 0 5 2 3 6

Ciudad  B E N I T O J O R R E Z Provincia  B S A S

Tipo y N° de Documento  Teléfono

Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

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

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

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

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

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LAURA NOEMI CORIA Teléfono: 2281-322784  
Cobertura Médica: OSPILERA Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: .....

José N. Coria  
Firma



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a CENAL ABIL  
DNI N° 45.781.527 domiciliado en la calle PASAJE GARABAGLIA 497  
de la localidad de BENITO JUAREZ Teléfono 45 1909  
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.S N° 3 del  
distrito BENITO JUAREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional DE JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de CHAPALMALAL el/los  
día/días DEL 18 AL 21 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: B. JUAREZ

Fecha: 2/11/2022

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

DNI N°: 6150046

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 02/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno CENAL ABIL

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

BUFFARINI ISABEL

Dirección PASAJE GARABOYA 497 Teléfono: 45 29 09

Lugar a viajar CHAPALMALAL

1. ¿Es alérgico?   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?   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

en B. SUAREZ a los 02 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

Isabel Buffarini  
Aclaración de la Firma

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CERNAL ABRIL  
Domicilio del Titular: PASAJE PARABABOCLA 4P7  
Ciudad: BENITO JOAQUIN Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 45781527 Teléfono: 2281406233  
Fecha de Nacimiento: 13-05-04

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 APENDICITIS  
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas:  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

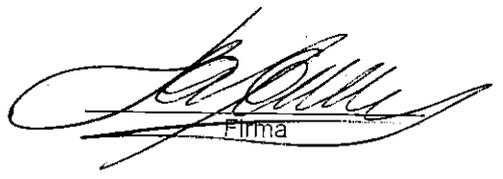
4. TRATAMIENTOS

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: OPERACION CRANEANA

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis) CALENDARIO COMPLETO  
SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BUFFARINI ISABEL Teléfono: 2281 319405  
Cobertura Médica: I.O.M.A. Teléfono: 2282 400003  
° Afiliado: 87.45.781.527/00

  
Firma

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 18-11-2022

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CENAL Abril 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 CHAPALMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es CISOLLE Luciani que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N°3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio: Paraje Garabapúa 497

Localidad: Benito Juárez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 6.150.046

Teléfono: 2292 40 00 02

Fecha de nacimiento el/la menor: 13-5-2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45.781.527

Buenos Aires  
Provincia



CEMARIO ARRILLO  
\$107.1600.1854.4631  
doc 45.781.527  
AFILIADO 8735781527/00  
VTO 01/2017 081-01





763

FIRMA AUTORIZADA

Su sola tenencia no garantiza el acceso a las prestaciones.  
Utilicela con responsabilidad. Su uso indebido dará motivo a las acciones legales correspondientes. Ley 6982.  
Los hijos mayores de 21 años pueden extender su afiliación hasta cumplir 27, si son solteros y acreditan su condición de estudiante.  
Consultas y más información en [www.ioma.gba.gov.ar](http://www.ioma.gba.gov.ar)



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VI

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a CUFRE MELINA  
DNI N° 46.103.117, domiciliado en la calle VELEZ SABIEL 260  
de la localidad de BENITO JUAREZ Teléfono 2281-315101  
que concurre al Establecimiento Educativo N° EES N° 3 del  
distrito BENITO JUAREZ a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional JOVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de Chapadmalal el/los  
día/días 18-19-20 y 21 del mes de NOVIEMBRE del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BENITO JUAREZ

Fecha: 21/11/2022

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

*Silvia Buena*  
SILVIA BUENA CUFRE

DNI N°: 21536372

Teléfono de Urgencia (consignar varige): 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 21/11/2022

Apellido y Nombres del Alumno CUFRE MELINA

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

RUEDA SILVIA

Dirección VELEZ SAMPUEL 260 Teléfono: 2281 552094

Lugar a viajar.....

1. ¿Es alérgico?  ~~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: NO

3. ¿Está tomando alguna medicación?  ~~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

CUFRE MELINA  
en BENITO JUAREZ a los 2 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 J.M. Ruiz

Aclaración de la Firma SILVIA RUEDA CUFRE

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Comisión Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MELINA CUARE  
Domicilio del Titular: VELEZ SARATEL 260  
Ciudad: BENITO JUAREZ Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 46103117 Teléfono: 2281315101  
Fecha de Nacimiento: 020305

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 HERNIA INGLINAL

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 HERNIA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todos BCG: Todos SARAMPION: Todas TRIPLE: todos COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SILVIA BUEDA

Teléfono: 2281 55294

Cobertura Médica: FOMA

Teléfono: .....

N° Afiliado: 1179418058/05

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: BENITO JUAREZ 21/11/2022

Por la presente autorizo a mi hijo/a CUFRE MELINA 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 GISELE LOCIANI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E. 5 nro 3

Fecha de ingreso: 18-11-22

S R Aveda

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

Aclaración: SILVIA AVEDA CUFRE

Domicilio: VELEZ SARFIEL 260

Localidad: BENITO JUAREZ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 21.536.372

Teléfono: 2281 315101

Fecha de nacimiento el/la menor: 02/03/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46103117

*S. M. DeLuca*

---

Firma



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

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN  
INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi-hijo/a Pineiro Joaquina  
DNI N° 46520000, domiciliado en la calle Menéndez 417  
de la localidad de Benito Suarez Teléfono 2281576509  
que concurre al Establecimiento Educativo N° E.E.6. N°3 del  
distrito Benito Suarez a participar de la Salida Educativa/Salida de  
Representación Institucional..... a realizarse en la  
localidad de Chaparral el/los  
día/días 18/19/20/21 del mes de Noviembre del  
presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chaparral

Fecha: 02 de noviembre

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

*Laura Seguel*  
*Laura Seguel*

DNI N°: 29919954

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: 02.11.22  
 Apellido y Nombres del Alumno: Pietro Jordana  
 Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Carina Seguel  
 Dirección: Mendoza 417 Teléfono: 2281576509  
 Lugar a viajar: Choromolo

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

en B. Aires a los 02 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 Carina Seguel

Aclaración de la Firma Carina Seguel

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido   
Domicilio del Titular   
Ciudad  Provincia

Tipo y N° de Documento  Teléfono   
Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  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:  Teléfono:

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

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: Charahuala  
02/11/22

Por la presente autorizo a mi hijo/a Pineiro Jacopo 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 HOTEL N° 6 CHAPAMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es GISELLE LUCIANI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. N° 3

Fecha de ingreso: 18/11/2022

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

Aclaración: Carina Powell

Domicilio: Mendoza 417

Localidad: D<sup>to</sup> JUJUY

Provincia: BSS AS

Tipo y N° doc: DNI 29919934

Teléfono: 2281 576509

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/6/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46 560.070

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido G I S E L L E L U C I A N I D O R K E Y  
Domicilio del Titular L E U V U C O 2 9 7  
Ciudad B E N I T O J V A R E Z Provincia B V E N O S A I R E S  
Tipo y N° de Documento D N I 4 0 8 9 5 1 5 1 Teléfono 1 1 6 2 2 3 9 0 0 4  
Fecha de Nacimiento 1 2 / 0 1 / 9 4

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: HIPOTIROIDISMO - CURSANDO EMBARAZO.

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: CEÁSAREA - EXTERCIÓN VESICULTA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DUPRE FRANCO (ESPOSO) Teléfono: 22 81 31 87 39  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: 24 0895151 700

Firma

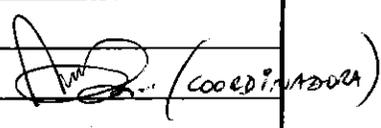
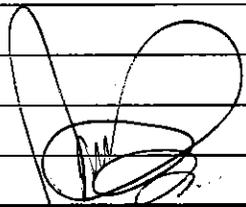
# Turismo Social

Institución

ESCOLELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N° 3

Mes  Año

e registro

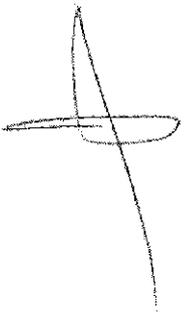
	Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
1	ALADEO PILAR	DNI 47.091.871	27/03/2006	CAPITAN RAMOS 240	2281 585639	
2	ASTOBIZA MAIA	DNI 46.269.970	01/02/2005	J.M. ROSAS 151	2281 633 784	
3	BORGHI TOMAS	DNI 46.020.445	09/10/2004	BOLIVIA 186	2281 1532 839	
4	CENAL ABRIL	DNI 45.781.527	13/05/2004	GARANAGLIA 497	2292 400 002	
5	CUFRE MELINA	DNI 46.103.117	02/03/2005	VEREZ SARFIELD 260	2281 552094	
7	HEREDIA MARINI EMILIA	DNI 46.750.752	05/10/2005	S ZABALZA 310	2281-4014 97	
8	MEDINA YANELLA	DNI 45.577.951	10/02/2004	MAIPO 504	2281-590780	
10	MORALES MARCONI PILAR	DNI 46.750.765	11/10/2005	LAS HERAS 234	2281-305624	
11	PIÑEIRO JOAQUINA	DNI 46.560.070	2/05/2005	MENDOZA 417	2281-5765 09	
12	RAMIREZ LUCCA	DNI 46.560.048	25/05/2005	25 DE MAYO 306	2281-587049	
13	SUAREZ JAZMIN	DNI 44.928.358	07/04/2003	CAPITAN RAMOS 236	2281-322784	
14	VASQUEZ ABIGAIL	DNI 46.020.480	30/11/2004	SUIPACHA 32	291-5739127	
18	LUCIANI DORREY GISELLE	DNI 40.895.151	12/01/1994	LEUVUCO 297	116223 9004	 (COORDINADORA)
16	FARIAS AILIN	DNI 46.269.980	07/02/2005	AV. FORTAGAT 423	2281 3238 94	

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO IV**

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

Región	<u>XXI</u>
Distrito	<u>BENITO SUÁREZ</u>
Institución educativa	<u>E. E. S. N° 3</u>
Domicilio	<u>EVA PERÓN 43</u> Teléfono
	<u>2292 454590</u>
Denominación del Proyecto	<u>SOÑENES Y MEMORIA.</u>
Lugar a visitar	<u>HOTEL N° 3 y N° 6, KM 35 1/2 (RUTA 11) CHAPADMALAL</u>
	(consignar dirección, localidad, distrito y teléfono si hubiere)
Fecha de salida	<u>18/11/2022</u> Lugar <u>BENITO SUÁREZ</u>
Hora	_____
Fecha de regreso	<u>21/11/2022</u> Lugar <u>CHAPADMALAL</u>
Hora	_____
Itinerario (detalle pormenorizado del mismo)	
Actividades	<u>ENCUENTRO - REGISTRO - ACTO APERTURA - EXPOSICIONES</u>
Cronograma diario	<u>ACTO CIERRE - TALLERES</u>
Datos del/los docente/s responsables titulares	
Apellido y Nombre	<u>LUCCIANI GISELLE</u> Cargo <u>PROFESORA</u>
Datos del/los docente/s reemplazantes	
Apellido y Nombre	_____ Cargo _____





Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO V**

**PLANILLA DE ALUMNOS, Y ACOMPAÑANTES**

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA E.E.S. N° 3  
 DISTRITO BENITO SUÁREZ  
 LUGAR A VISITAR CHAPADMALAL FECHA 18/11/2022 al 21/11/2022

N°	Apellido y Nombre	Documento	Alumno	Edad	Docentes Responsables
	ALADRO PILAR	47.051.871	SI	16	
	ASTOBIZA MAIA	46.269.970	SI	17	
	BORGHI TOMAS	46.020.445	SI	18	
	CENAL ABRIEL	45.781.527	SI	18	
	CUPRE MELINA	46.103.117	SI	17	
	FARIAS AILIN	46.269.980	SI	17	
	HEREDIA MARINI EMILIA	46.750.752	SI	17	
	LUCIANI DORREY GISELE	40.395.151	NO	28	SI
	MEDINA YANELLA	45.577.951	SI	18	
	MORALES HARWI PILAR	46.750.765	SI	17	
	PINEIRO JOAQUINA	46.560.070	SI	17	
	RAMIREZ LUCIA	46.560.048	SI	17	
	SUAREZ JAZMIN	44.929.358	SI	19	
	VASQUEZ ABIGAIL	46.020.480	SI	17	

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

Lugar y fecha

Lugar y fecha

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

Firma del Inspector de Gestión Estatal

Firma de RL y/o Propietario de Gestión Privada

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



Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO VIII**  
**PLAN DE ACTIVIDADES DE SALIDA EDUCATIVA**

Institución Educativa	Sala, grupo, año	División	Área/Materia/Asignatura /Espacio Curricular	Docente Responsable
E.E.S.N°3	6-1 6-2 6-1 6-2	CS. SOCIALES	GEOGRAFÍA	LUCIANI GIBELLE

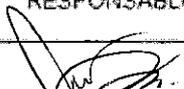
Se adjunta copia del proyecto en ..... fojas

OBJETIVOS DE LA SALIDA	FECHA DE LA SALIDA	LUGARES QUE SE VISITARAN
PARTICIPACIÓN ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA JUVENES Y MEMORIA	18/11/2022	CHARAD MALAL. HOTEL N°5 y N°6.

ACTIVIDADES PREVIAS		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
INVESTIGACIÓN		

ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
ENCUENTRO E INTERCAMBIO		

EVALUACIÓN		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
EXPOSICIÓN		

FIRMA DOCENTE RESPONSABLE	FIRMA JEFE DE DEPARTAMENTO (SI correspondiera)	FIRMA DIRECTOR/A
		

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



BENITO JUÁREZ, 01 de NOVIEMBRE De 2022

A la Inspectora.....

Prof. ....

S / D

La Dirección de la ESCUELA SECUNDARIA N° 3 comunica que ha autorizado la Salida Educativa / Representación Institucional con datos que se detallan a continuación.

Datos relevantes	
Distrito:	BENITO JUÁREZ
Establecimiento:	ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N° 3
Año / Curso:	ALUMNOS DE 6°1 - 6°2 - 5°1 - 5°2 (CS SOCIALES)
Fecha y hora de salida:	18 / 11 / 2022
Fecha y hora de regreso:	21 / 11 / 2022
Destini:	CHAPADMALAL, HOTEL N° 5 y N° 6, RUTA 11 KM 35 1/2
Nombre del Proyecto:	10 VECES Y MEMORIA
Cantidad de alumnos participantes:	13
Cantidad de Docentes Acompañantes:	1
Cantidad de No Docentes Acompañantes:	—
Transporte Utilizado:	PLUSMAR
Nombre de los Docentes responsables:	LUCIANI GISELLE
Hospedaje:	HOTEL N° 5 y N° 6, RUTA 11 KM 35 1/2
Fecha de autorización:	

Sin más saludo atte.

Corresponde Expediente N° 5802-1701421/17

**ANEXO X**

**PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES:**

Nombre del proyecto salida:

Lugar:                      Día y hora de salida:

Lugar:                      Día y hora de regreso:

Lugares de estadía- domicilios y teléfonos:

Nombres de los acompañantes:

Teléfonos de los acompañantes:

Empresa y/o empresas contratadas, nombre, dirección teléfonos:

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Información sobre vías o medios alternativos de acceso y transporte al lugar:

Otros datos de interés:

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



**G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S**

2022 - Año del bicentenario del Banco de la Provincia de Buenos Aires

**Resolución firma conjunta**

**Número:** RESOC-2022-519-GDEBA-DGCYE

LA PLATA, BUENOS AIRES

Lunes 4 de Abril de 2022

**Referencia:** EX-2022-08486219-GDEBA-SDCADDGCYE

---

**VISTO** el EX-2022-08486219-GDEBA-SDCADDGCYE por el cual se gestiona la declaración de Interés Educativo para la "XXI CONVOCATORIA DEL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA: RECORDAMOS PARA EL FUTURO", organizado por la Comisión Provincial por la Memoria, que se lleva a cabo durante el Ciclo Lectivo 2022, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, asimismo se solicita la justificación de las inasistencias para los docentes que se encuentran afectados a actividades vinculadas con el desarrollo del Programa;

Que desde el año 2002 la Comisión Provincial por la Memoria lleva adelante este Programa Educativo con el objetivo de activar el proceso de construcción y transmisión de la memoria colectiva como forma de afianzar los valores y las prácticas democráticas;

Que la propuesta consiste en desarrollar durante todo el ciclo lectivo, un trabajo de investigación sobre el tema elegido por los jóvenes, que involucre a la comunidad donde está inserta la escuela y esté conectado con las memorias del pasado reciente y/o la vulneración de los derechos humanos en democracia;

Que desde la Comisión Provincial por la Memoria se continúa apostando a la enorme potencialidad de la escuela como ámbito para los trabajos de la memoria y a la promoción y defensa de los derechos humanos y la democracia, reconociendo a la escuela no como vehículo para la transmisión de un legado sino como espacio para la apropiación de las experiencias pasadas y problemáticas del presente donde se pongan en práctica los derechos de las nuevas generaciones;

Que la Subsecretaría de Educación informa que las inasistencias en que incurran los docentes que participen de la Convocatoria serán justificadas con goce de haberes de acuerdo a lo preceptuado en el Artículo 115° inciso c) de la Ley 10579 y su Decreto Reglamentario N° 688/93;

Que lo peticionado se encuadra en los alcances de la Resolución N° 11/07 de esta Dirección General de Cultura y Educación;

Que el Consejo General de Cultura y Educación aprobó la iniciativa en sesión de fecha 30 de marzo de 2022 y aconseja el dictado del correspondiente acto resolutivo;

Que en uso de las facultades conferidas por el artículo 69, inciso v, de la Ley N° 13688, resulta viable el dictado del pertinente acto resolutivo;

Por ello,

## EL DIRECTOR GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN

### RESUELVE

**ARTÍCULO 1°.** Declarar de Interés Educativo la "XXI CONVOCATORIA DEL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA: RECORDAMOS PARA EL FUTURO", organizado por la Comisión Provincial por la Memoria, que se lleva a cabo durante el Ciclo Lectivo 2022.

**ARTICULO 2°.** Establecer que las inasistencias en que incurran los docentes que participen de las acciones involucradas, serán encuadradas conforme los términos del Artículo 115° inciso c) de la Ley 10579 y su Decreto Reglamentario N° 688793, con goce de haberes.

**ARTÍCULO 3°.** Determinar que lo otorgado por el artículo 1° no generará erogación presupuestaria alguna a esta Dirección General de Cultura y Educación.

**ARTÍCULO 4°.** La presente resolución será refrendada por la Subsecretaria de Educación de este organismo.

**ARTÍCULO 5°.** Registrar esta resolución en la Dirección de Coordinación Administrativa; notificar al Consejo General de Cultura y Educación; comunicar a la Subsecretaría de Educación; a la Dirección de Inspección General y a la Dirección Provincial de Evaluación e Investigación. Cumplido, archivar.

Digitally signed by BRACCHI Claudia Cristina  
Date: 2022.04.01 22:27:43 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Claudia Cristina Bracchi  
Subsecretaria  
Subsecretaría de Educación  
Dirección General de Cultura y Educación

Digitally signed by SILEONI Alberto Estanislao  
Date: 2022.04.04 17:39:32 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Alberto Estanislao Sileoni  
Director General  
Dirección General de Cultura y Educación

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES  
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE  
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,  
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL,  
serialNumber=CUIT 30715471511  
Date: 2022.04.04 17:39:39 -0300'

DATOS DE LA EMPRESA PLUSMAR

Nombre de la empresa o razón social: TA PLUSMAR S.A.

Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez

Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A)

Teléfono de la empresa: (011) 43036000

Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A)

Teléfono: (011) 43036000

Teléfono móvil: (011) 43036000

Titularidad del vehículo: Transportes Automores Plusmar SA

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN

Tipo de seguros: Responsabilidad civil



La Plata, 1 de noviembre de 2022.-

A quien corresponda:

En el marco de la RSC 2022-519- GDEBA-DGCYE de la provincia de Buenos Aires que declara de interés educativo al Programa Jóvenes y Memoria de la Comisión Provincial por la Memoria, informamos que una parte importante de los grupos convocados al Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria viajarán en micros contratados por la Comisión Provincial por la Memoria.

Dicha contratación se lleva adelante por un proceso licitatorio cumpliendo las normas vigentes al respecto. Según lo acordado con la Sub Secretaria de Educación de la Provincia de Buenos Aires, los docentes presentarán la documentación requerida en el Anexo IX de la Rs 378/17 de salidas educativas 24 hs antes del viaje.

**María Elena Saraví**  
Directora del Programa Jóvenes y Memoria