

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 18/10/23 San Luis

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Marcelo Torres 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 CHAPAS MALVAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>s</sup> / es Fernando Marcelo y Lupercio Ailes que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Comisión JARI

Fecha de ingreso: 14/11/23

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

Aclaración: [Firma]

Domicilio: Benavente 841

Localidad: Ezpeleta

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 2355493C

Teléfono: 43229680

Fecha de nacimiento el/la menor: 18/01/74

Tipo y N° documento el /la menor: DNI

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARCELA NOEMI FARIAS  
Domicilio del Titular: PANAMA N° 841  
Ciudad: EZPELETA Q. Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DN 123334536 Teléfono: 4130228680  
Fecha de Nacimiento: 190174

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: II BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: II COVID: II

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marcela FARIAS Teléfono: .....

Cobertura Médica: DAMA 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

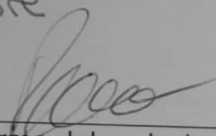
Lugar y Fecha: Quilmes 19/10/20

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARTINEZ SANTIAGO AGUIA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>as</sup> Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Enviñon IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Pomelou. leticia

Domicilio: 174 bis PR2221

Localidad: Bernal O.

Provincia: Bs As.

Tipo y N° doc: DNI 30951715

Teléfono: 1438176319

Fecha de nacimiento el/la menor: 05/03/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47862455



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SANTIAGO AGUSTIN MARTINEZ  
Domicilio del Titular: 124 WISNOMERO 2221  
Ciudad: QUILMES Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 47862455 Teléfono: 1122383173  
Fecha de Nacimiento: 080307

INFORMANTE

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

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

VACUNACIONES

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

PERSONAS DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MIRVA Leticia Romero

Teléfono: 1138176319

Profesión Médica: No

Teléfono: 1133027829

Apellido: \_\_\_\_\_

  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a GARRIDO TAIEL 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 Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EMUNIONTAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: TAIEL GARRIDO

Domicilio: CALLE 167 N° 2080

Localidad: BERNAL OESTE

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 44394738

Teléfono: 1176214652

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/08/2002

Tipo y N° documento el /la menor: DNI = 44394

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARILEN NEYENGA RABIDO  
Domicilio del Titular: CALLE 167 N° 2080  
Ciudad: QUILMES Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 44394738 Teléfono: 1176214522  
Fecha de Nacimiento: 14082002

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  HONGOS  
(\* Síntomas: RONCHAS  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

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

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: AMIGDALAS Y ADENOIDE

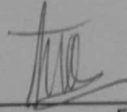
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BARRIOS VANESA ELISABET Teléfono: 1166461465  
Cobertura Médica: No Teléfono: 1161354248  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Bustamente Lúcia 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 CAPERMALBY, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVIÓN IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: BUSTAMENTE SONIA

Domicilio: LOS ANDES 3189

Localidad: BERNAL

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 30922197

Teléfono: 1135 4651 97

Fecha de nacimiento el/la menor: 21/01/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47115514



1. DATOS

Nombre y Apellido: Ludmila Bustamante  
Domicilio del Titular: Los Andes 6189 Entre 174 y 177  
Ciudad: Bernal Oeste Provincia: Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento: 47115544 Teléfono: 1165036916  
Fecha de Nacimiento: 040106

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

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Sonia Bustamante

Teléfono: 1135765197

Profesión Médica: \_\_\_\_\_

Teléfono: 1123390225

Apellido: \_\_\_\_\_

Sonia Bustamante  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a ANALI BUSTAMANTE 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 CHAPALMALAF, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Lopez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVIOM IAP

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Sonia Bustamante

Domicilio: LOS ANDES #109

Localidad: BERNEL

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 30922197

Teléfono: 1135 7651 97

Fecha de nacimiento el/la menor: 13 ENERO 2009

Tipo y N° documento el /la menor: 99 300 210

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AMALTA VAVUSTAMANTE  
Domicilio del Titular: LOS ANDES 5189  
Ciudad: DELMALEO Provincia: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Documento: 49300210 Teléfono: 1135765197  
Fecha de Nacimiento: 13012009

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: II

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SONIA VALERIA BUSTAMANTE Teléfono: 1135765197

Abertura Médica: (No): Teléfono: 1123590225

° Afiliado: \_\_\_\_\_

Sonia Bustamante  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a MAÍA BALLÓN 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 Loquez Ailen Y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVIÓN IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: BALLÓN GISELA

Domicilio: CALLE 172 N° 2003

Localidad: BERNAL U.

Provincia: BS AS.

Tipo y N° doc: DNI. 28833925

Teléfono: 1128530894

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/08/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.102.486

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

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

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: K.S.T.E.R.

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: K.S.T.E.R. LABI.D

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: II

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GISELA BALLON Teléfono: 1128 53 8394

Cobertura Médica: SANIDAD Teléfono: 1162 01 9255

N° Afiliado: 27-28833925-8/03

Palou Cosola  
Firma



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ANTONELLA AYALA  
Domicilio del Titular HISIONES 3942  
Ciudad QUILMES Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 46338016 Teléfono 1161448709  
Fecha de Nacimiento 181204

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

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: 31

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Elida Ayala (MADRE)

Teléfono: 11 59652198

Abertura Médica: NO

Teléfono: 11 24089293

Afiliado: \_\_\_\_\_

Ayala  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a ANTONELLA AYALA 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 Luquez Ailen y Facios Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVION IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Ayala Antonella

Domicilio: MISIONES 3942

Localidad: QUILMES, Bernal O.

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 46338016

Teléfono: 1161448709

Fecha de nacimiento el/la menor: 18/12/2004

Tipo y N° documento el /la menor: \_\_\_\_\_

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

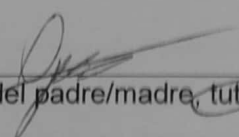
Lugar y Fecha: 19/10/23 Quilmes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gabriel Argota a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>s</sup> / es Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Envión I.A.P.I.

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Argota gabriel

Domicilio: Calle 177 N° 1750

Localidad: Bernal - Oeste

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: D.N.I. 45.148.341

Teléfono: 11 2318 3621

Fecha de nacimiento el/la menor: 31/10/2003

Tipo y N° documento el /la menor: 45.148 341

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: GABRIEL AGUSTIN ARGOTA  
Domicilio del Titular: CALLE 177 N 1750  
Ciudad: BERNAL O- Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 45148341 Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: 311003

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Yamila Argota Teléfono: 11 23183621  
Abertura Médica: No Teléfono: 11 23502230  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABRIL VALENTINA ANDRINA participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>s</sup> Luquez Ailen y Tassio Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Enviñon IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: ANDRINI ANA

Domicilio: CALLE 171 N° 2246 PILCOMAYO y RAMPA

Localidad: BERNAL OESTE

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 28.766.181

Teléfono: 1167365541

Fecha de nacimiento el/la menor: 27-04-2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.344.761

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ABRIL VALENTINA ANDRINI  
Domicilio del Titular: CALLE 141 N 2216  
Ciudad: BERNAL OEST Provincia: BUENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 347344761 Teléfono: 1167365541  
Fecha de Nacimiento: 270406

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)

MMR: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: II

6. EN EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: Andrini Ana Carolina Teléfono: 1167365541  
Médica: NO Teléfono: 1122543427

Andrini Ana  
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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Magareto Anna 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, Sr/s Lopez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Enviñon IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: montez lieke

Domicilio: Pampa y 176

Localidad: Bernal oeste

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 31494987

Teléfono: 1121605835

Fecha de nacimiento el/la menor: 05/02/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45626604

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Ivana Soledad Melgarejo  
Domicilio del Titular Pampa y 176  
Ciudad bernal Provincia buenos aires  
Tipo y N° de Documento 45626604 Teléfono 1123723202  
Fecha de Nacimiento 050204

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

6. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Lis Maribel Hortimez

Teléfono: 1121605835

Abertura Médica: NO

Teléfono: 1161657441

Afiliado: .....

Hortimez Lis Maribel  
Firma



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ELIAS J MOLERO L  
Domicilio del Titular: CALLE 17A BIS 2451  
Ciudad: BEANALOESTE Provincia: BUENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 95452665 Teléfono: 1157220537  
Fecha de Nacimiento: 110205

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: .....

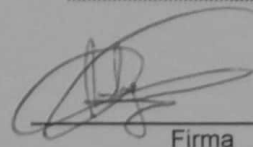
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: YVONNE SOLEDAD LAVALE ZUNICO Teléfono: 115722 0537  
Cobertura Médica: INDUSTRIA DEL QUIMICO y PETROQUIMICAS Teléfono: 11 2853 0894  
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:

Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Molero Joaquin 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 Chapematal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es

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

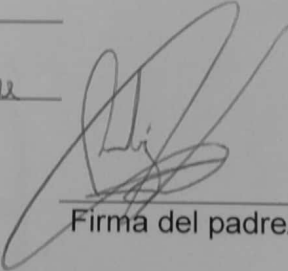
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Enviación Tapi

Fecha de ingreso:

14 de Noviembre

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

Aclaración:

Molero Joaquin

Domicilio:

Calle 171 bis, 2451

Localidad:

Bernal Oeste

Provincia:

Buenos Aires

Tipo y N° doc:

DNI 95452665

Teléfono:

115722 0537

Fecha de nacimiento el/la menor:

11/02/2005

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 95452665

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: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Salinas Basa 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 Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Envión I.A.P.I.

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Ronda Mónica

Domicilio: Chaco 4571

Localidad: Bernal 6

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: 24485507

Teléfono: 1168025345

Fecha de nacimiento el/la menor: 27/2/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47 216 540

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Enise Ayelen Salinas  
Domicilio del Titular 47216540 Chacabuco 4571  
Ciudad Bella Vista Provincia Bs As.  
Tipo y N° de Documento 47216540 Teléfono 1168025345  
Fecha de Nacimiento 270206

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

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: .....

CUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

ASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Rondador Nónica (Mamá)

Teléfono: 1168025345

Profesional Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: 42704023

Domicilio: \_\_\_\_\_

  
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

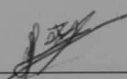
Lugar y Fecha: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Soto Fernando 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 Cha Padmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Luquez Ailen y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: En Viaje IAPI

Fecha de ingreso: 14 de Noviembre

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

Aclaración: Fernando Soto

Domicilio: Calle 177 N° 1970

Localidad: Bernal oeste

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI: 46187302

Teléfono: 11 3278 1496

Fecha de nacimiento el/la menor: 24-10-04

Tipo y N° documento el /la menor: \_\_\_\_\_

1. DATOS

Nombre y Apellido: BOTTA FERNANDO EZEQUIEL  
Domicilio del Titular: CALLE 177 N 5970  
Ciudad: GUILLERMO Provincia: RIVERA  
Tipo y N° de Documento: DNI 46182362 Teléfono: 1458721496  
Fecha de Nacimiento: 241004

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: III

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Estelina Cabral Teléfono: 11 2160 9580 (mamá)

Cobertura Médica: (NO) Teléfono: 112460 4459

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

[Firma]  
Firma

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Quilmes 19/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Varelo Esteban 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 Allen Luquez y Farias Marcela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Envién Iapi

Fecha de ingreso: 14 de noviembre

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

Aclaración: Varelo Esteban

Domicilio: Los Andes 173 Bis. 4661

Localidad: Bernal Aires

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 45330081

Teléfono: 166450090

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/07/2004

Tipo y N° documento el /la menor: 45330081

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: [E][S][T][E][B][A][T][O][M][I][V][A][R][I][G][U][A]  
Domicilio del Titular: [L][O][S][A][N][D][R][E][S][I][T][E][S][B][I][S][Y][6][6][7]  
Ciudad: [B][E][R][N][A][R][D][I][N][O][E][S][T][E] Provincia: [B][U][I][O][N][O][S][A][R][I][E][S]  
Tipo y N° de Documento: [4][5][3][3][0][0][B][7] Teléfono: [1][1][2][3][4][0][7][2][0][7]  
Fecha de Nacimiento: [1][5][0][3][0][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

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: I BCG: I SARAMPION: I TRIPLE: I COVID: II

4. CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:


Nombre y Apellido: Castillo Claudio

Teléfono: 1166450090

Abertura Médica: No

Teléfono: 1123467207

Afiliado: .....

  
Firma