

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 23/10/23

Apellido y Nombres del Alumno Cobarrone Ana

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

Cobarrone Diego Guillermo Abel

Dirección Turwysin 5462

Teléfono 45241884

Lugar a viajar Complejo Turístico Chapalmal Gral Reyesmón

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?

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 a los días del mes de del año 2023: 23

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

Cobarrone Guillermo
Aclaración de Firma

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Ana Colantone
DNI N° 48424877 domiciliado en la calle Tunuyán 5462
...de la localidad de Villa Lynch T.E. 1450418844
que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°2 del distrito de San Miguel, a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", los días 8, 9, 10, y 11 de
Noviembre del presente año 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: San Martín

Fecha: 23/10/2023

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:



DNI N° 30923175

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

11 27604434 (Eli)
11 23086101 (Mamá)
11 51894672 (Abuelo)

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a FEDERICO NAHUEL FIORI
DNI N° 46817419 domiciliado en la calle MOINE 2259
...de la localidad de BELLA VISTA T.E. 1133555121

que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°2 del distrito de San Miguel, a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", los días 8, 9, 10, y 11 de Noviembre del presente año 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: CHAPADMALAL

Fecha: 8/11/23

gof GONZALEZ MARIA ALEJANDE
Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 28541279

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.

1133555121 MAMA'

1169492011 PAPA'

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha. 23/10/23

Apellido y Nombres del Alumno FLOU FEDERICO NAHUEL
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal GONZALEZ MARIA ALEJANDRA

Dirección NOIVE 2259 Teléfono 1133555121

Lugar a viajar CHAPADMALAL

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?

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

5. ¿Tiene Obra Social? [X] [X] (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

FLOU FEDERICO NAHUEL
en ... a los 23 días del mes de OCTUBRE del año 2023

Autortizando 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

GONZALEZ MARIA ALEJANDRA
Aclaración de Firma

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Milagros Lantini
DNI N° 47.053.700..... domiciliado en la calle Ma. Pu. 70
de la localidad de Belo USA..... T.E. +98 80-9205
que concurre al Establecimiento Educativo: E. E. S. N°2 del distrito de San Miguel, a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", los días 8, 9, 10, y 11 de
Noviembre del presente año lectivo.

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

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

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

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

Lugar:

Fecha:



Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 20811819

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/...../.....

Apellido y Nombres del Alumno *Milagros Laurynowicz*

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal *Claudia Lavenson*

Dirección *Marav 70* Teléfono *4850-9203*

Lugar a viajar *Complejo Turístico Chascomal*

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

En caso de respuesta positiva ¿a qué? *Penicilina*

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?

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

Milagros Laurynowicz
en *Bela Vista* a los *21* días del mes de *Octubre* del año 2018.

Autortizando 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]
Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

Claudia
(Aclaración de Firma)

ANEXO VI

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a VICTORIA URRUTIA
DNI N° 4990463 domiciliado en la calle MARUFO
de la localidad de BELLA VISTA T.E. 98702000
que concurre al Establecimiento Educativo E. E. S. N°2 del distrito de San Miguel, a
participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional "Jóvenes y
Memoria" a realizarse en la localidad de "General Pueyrredón", los días 8, 9, 10, y 11 de
Noviembre del presente año lectivo.

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

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

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

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

Lugar:

Fecha:



Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° 20911818

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.....

Apellido y Nombres del Alumno VICTORIA LAURIPONCE

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

Dirección MARU TO

Teléfono 92205605

Lugar a viajar COMPLEJO TURISTICO CARAFUNAL

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?

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

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

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

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

VICTORIA LAURIPONCE

en BARRA VERDE a los 21 días del mes de OCTUBRE del año 2018.

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 Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIA REGINA PERMUELO
Domicilio del Titular: PAMPA ISOS
Ciudad: BELLA VISTA Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 98429686 Teléfono: 1160973356
Fecha de Nacimiento: 201107

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: PENICILINA - INFLAMACIÓN Y FIEBRE

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 3 COVID: 2
DOBLE (2) CUBENPLE BACTERIANA 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA I. POIZ

Teléfono: 1166935195

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma: *Maria I. Poiz* MARIA I. POIZ 20 937.476



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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Bella Vista

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a RENATA PERMUCHI 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 ADRIANA EN REPOSO permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es MARILEN RUIZ GÓMEZ y MARCELO MÁRQUEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEH N° 2 ADOLFO SOURDEAUX

Fecha de ingreso: 8/11

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

Aclaración: RUIZ MARILEN INÉS

Domicilio: ROMPA 1565

Localidad: BELLA VISTA

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 20.937.476

Teléfono: 1166935199

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/11/07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.439.686



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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: San Miguel 23/10/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Marquez Marcelo 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 que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2 de San Miguel (Patios Abiertos)

Fecha de ingreso: 8/11/23

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

Aclaración: Marquez Marcelo

Domicilio: Gaspar Campos 6325

Localidad: José c paz

Provincia: Bs As

Tipo y N° doc: DNI 18152424

Teléfono: 02320 576442

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/9/66

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

Lugar y Fecha: Bello Visto 20/10/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Francisco Ruiz Suarez 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^s / es Mrs. Suarez y Mrs. Suarez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N° 2 Bahos Abiertos

Fecha de ingreso:

8/11/23

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

Aclaración:

MIZ GONZALEZ MARCELA

Domicilio:

RIO SEGUNDO 165

Localidad:

BELLA VISTA SAN MIGUEL

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI 22 148012

Teléfono:

4666 0002

Fecha de nacimiento el/la menor:

13/5/1971

Tipo y N° documento el /la menor:



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M a r c e l o M i g u e l M a r t i n e z
Domicilio del Titular: G a s p a r C a m p o s 6 3 2 5
Ciudad: J o s e C e p a z Provincia: B s A s
Tipo y N° de Documento: D N I 1 8 1 5 2 4 2 4 Teléfono: 0 2 3 2 0 5 7 6 4 4 2
Fecha de Nacimiento: 1 7 0 9 6 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

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: 5

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Monzón Mariana

Teléfono: 02320 576442

Abertura Médica: ioma

Teléfono: 1159639493 (cónyuge)

N° Afiliado: 1181524240/00



