

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2023

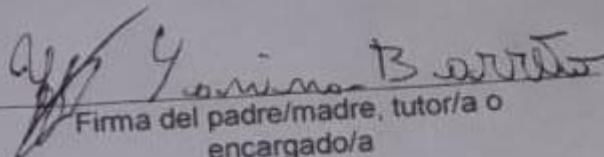
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a IEGNEI CAYUL 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 CHAPAD MALAI, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras es DIEGO IENCINA Y SIMENA IESCANO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: PROGRAMA EN VION MERIO

Fecha de ingreso: 8/11/2023


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

Aclaración: _____

Domicilio: DESSY 298

Localidad: MERIO

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 31.046.283

Teléfono: 11 2746 6981

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/08/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47.455.764.

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2023

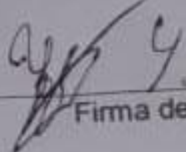
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a IEGNEI CAYUI 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 CHAPAD MALIA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es DIEGO IENCINA Y SIMENA IESCAPO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: PROGRAMA EN VION MERIO

Fecha de ingreso: 8/10/2023


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

Aclaración: _____

Domicilio: DESSY 298

Localidad: MERIO

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 31.045.283

Teléfono: 11 2746 6981

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/08/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47.455.764

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: Merlo, 7/04/05

Por la presente autorizo a mi hijo/a MIA COZOLAN 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^{as} Diego Lengua y Jimena Lescano que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: PROGRAMA ENVION MERLO

Fecha de ingreso: 08/11/23

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

Aclaración: Patricia Kallsten
Domicilio: Trelew 268

Localidad: Merlo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI:
26111666

Teléfono: 11 2263-0820

Fecha de nacimiento el/la menor: 15/03/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 48 575 920

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

DAVID ROYERO VA/COTI

Domicilio del Titular

Ciudad

MERLO

Provincia

BUEENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 346253721

Teléfono

1125994340

Fecha de Nacimiento

22/09/2005

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: _____

BCG: _____

SARAMPION: _____

TRIPLE: _____

COVID: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

David Romero
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

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

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: completo BCG: completo SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: YANINA BARRETO
Cobertura Médica: _____
N° Afiliado: _____

Teléfono: 11 27 46 69 81
Teléfono: _____

Yanina Barreto
Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido: **LESCANO JIMENA CANDELA**
Domicilio del Titular: **ALBERTI 283**
Ciudad: **MERLO** Provincia: **BUENOS AIRES**
Tipo y N° de Documento: **DNI: 42841509** Teléfono: **1149365860**
Fecha de Nacimiento: **25/01**

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

(*) Sintomas:

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: **Si** BCG: **Si** SARAMPION: **Si** TRIPLE: **Si** COVID: **Si**

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: **Maria Catalina Schinca**

Teléfono: **1166667623**

Profesión Médica: **-**

Teléfono:

Domicilio: **-**

Lescano Jimena
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIA ZUZAN DIAZ
Domicilio del Titular CASTAÑA 2420
Ciudad CAZALDO Provincia BUCENOSAIRES
Tipo y N° de Documento 48575584 Teléfono 774747739
Fecha de Nacimiento 180208

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
(*) Sintomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

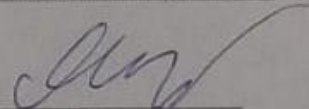
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUCIANA ANGELO DIAZ MOLDES Teléfono: 7740430266
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido M. I. A. ANGEL ESCOBAR ALAN
Domicilio del Titular TRILEW 268
Ciudad MERLO Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 48576920 Teléfono 1137036689
Fecha de Nacimiento 150308

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: Completa BCG: Completa SARAMPION: Completa TRIPLE: Completa COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Patricia Hallsten Teléfono: 11 2263-8820

Cobertura Médica: SWISS MEDICAL Teléfono: 800-777-7800

N° Afiliado: 800006 7292476 05 1046

Firma

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 19 Octubre Mexico

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Camila Bonaseola 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 Chapamala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras Jesús Jimena Lezcano y Diego Lencina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Programa Envión Merlo
Fecha de ingreso: 8 hasta 11 Noviembre

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

Aclaración: Micaela Mora
Domicilio: Antofagasta 1040
Localidad: Merlo
Provincia: Bs As
Tipo y N° doc: DNI 38155948
Teléfono: 11 25188596

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/05/10

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 50.266.726

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

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2023, Merlo

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ELIO FERNANDEZ 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 _____, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Jimena Lezcano y Diego Lancina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Programa Envión Merlo

Fecha de ingreso: 8/11/2023

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

Aclaración: Valerio R. Papinoy 2

Domicilio: Boulevard 451

Localidad: MERLO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 46.657.827

Teléfono: 17 26 12 2006

Fecha de nacimiento el/la menor: 19 DE JUNIO DEL 2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.232.675

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido AYLEN BRISA GOEVARA
Domicilio del Titular LAS BETAMAS 174
Ciudad MERLUZU Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN 796426932 Teléfono 01125776799
Fecha de Nacimiento 200305

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
(* Sintomas:

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: 5 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Solange Gutierrez Teléfono: 1126174121
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido CANIAL CAMILA BONASEGLIA
Domicilio del Titular ANTOFAGASTA
Ciudad MERZO Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento 50 266726 Teléfono
Fecha de Nacimiento 260510

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: ABSTRUCCION BRONQUIAL
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: 2da dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MICAELA MORA Teléfono: 1125188596
Cobertura Médica: IOMA Teléfono:
N° Afiliado: 2281559480-04

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido AGUSTINA BELEN CARRIZO
Domicilio del Titular CÉSAR GARAT 1245
Ciudad NERLÓ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 46558771 Teléfono 1123995763
Fecha de Nacimiento 240405

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: sí BCG: sí SARAMPION: sí TRIPLE: sí COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BAGGINI NANCY ELIZABETH Teléfono: 1123995763
Cobertura Médica: RED ARGENTINA DE SANATORIOS Teléfono: 0010-220-7800
N° Afiliado: 50029643717-2


Firma

CARRIZO, AGUSTINA BELEN
46.558.771

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: DIEGO DAMIAN LENCINA
Domicilio del Titular: MARTIN CORONADO 989
Ciudad: MERLO Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 44382938 Teléfono: 1139033531
Fecha de Nacimiento: 280802

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: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LORENA ALTAMIRANO Teléfono: 1136295381
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ELIOTROB: AS FERNANDEZ
Domicilio del Titular BAVNESES 457
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN: 47232695 Teléfono 7726197006
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: 3 Dosis BCG: 1 Dosis SARAMPION: 0 Dosis TRIPLE: 1 Dosis COVID: 2 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: VALENTIN ESPINOSA Teléfono: 7726197006

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

V. Espinosa
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido FLORENCIA LUCIANA BUEVARRA
Domicilio del Titular CAS KETAMAS 174
Ciudad MERLO Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento DNI 46426933 Teléfono 1151047089
Fecha de Nacimiento 200305

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: 5 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Solange Cortes Teléfono: 1126174121

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JULIAN ROMERO
Domicilio del Titular VICTORIA
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 46681731 Teléfono 1132873035
Fecha de Nacimiento 03/06/05

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: todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: Si 3dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DIANA Romero Teléfono: 1171537903
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARILZA LARES ORTIZ
Domicilio del Titular BRUMANA 1900
Ciudad FORAZA Provincia MOCHO
Tipo y N° de Documento 99797958 Teléfono 1123318262
Fecha de Nacimiento 6006205

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:

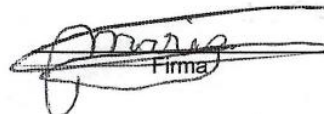
Nombre y Apellido: JUANA ORTIZ

Teléfono: 1123318262

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 1123318262

N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ELIJIO ROBERTO ASFERMANDEZ
Domicilio del Titular BAVNEJS 457
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI: 47232685 Teléfono 1126192006
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
(* Sintomas: _____
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: 3 Dosis BCG: 1 Dosis SARAMPION: 0 Dosis TRIPLE: 1 Dosis COVID: 2 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: VALENTIN ESPINOSA Teléfono: 1126197006
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

V. Espinosa
Firma

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:		
Referencia: (en caso de haber sido indicado)		

seleccionar

seleccionar

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite

El primer integrante de la planilla se consis

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)
1	44382938	Lencina	Diego	28/08/02
2	42841509	Lezcano	Jimena	25/09/99
3	46558771	Carrizo	Apostina	24/04/05
4	48575584	Díaz	María Luján	18/02/08
5	46253721	Romero	Dario Valentín	22/04/2005
6	46681731	Romero	Julian	03/06/05
7	50266726	Bonaseph	Camila	16/05/10
8	48575920	Corvalan	Mia	15/03/08
9	47455764	Cayul	Leonel	20/08/06
10	94797458	Larez	Mariza	6/6/05
11	46682368	Ordoñez	Maia	8/5/05
12	46426932	Guevara	Aylen	20/03/05
13	46426933	Guevara	Florencia	20/03/05
14	47232675	Fernandez	Elio	19/06/2006
15	48.496.799	Campos	Zamira	16/02/07

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

M	A	I	A	D	E	N	I	S	E	O	R	D	O	Ñ	E	Z	A	R	R	O	Y	O		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Domicilio del Titular

#	D	E	J	U	N	I	O	9	9	5														
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

A	F	E	R	R	A	R	I		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

 Provincia

B	U	E	N	O	S	A	I	R	E	S
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tipo y N° de Documento

D	N	I	4	6	6	8	2	3	6	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Teléfono

1	2	2	5	8	1	6	4	3		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Fecha de Nacimiento

8	/	5	/	0	5
---	---	---	---	---	---

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre:

M	a	d	r	e
---	---	---	---	---

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Nelida Beatriz Arroyo Teléfono: 1122581643(mamá)
Cobertura Médica: No Teléfono: 1139354321(papá)
N° Afiliado: -

Firma