

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2023

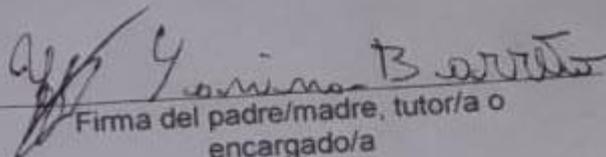
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

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

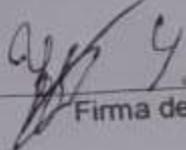
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a IEGNEI CAYU 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, 7/04/15

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, Sras. / es 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

D A R I O R O Y E R O V 2 / C O T I D

Domicilio del Titular

Ciudad

M E T / O

Provincia

B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento

D N I 4 6 2 5 3 7 2 1

Teléfono

1 1 2 5 9 9 4 3 4 0

Fecha de Nacimiento

2 2 0 4 2 6 0 5

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: \_\_\_\_\_

Dario 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:

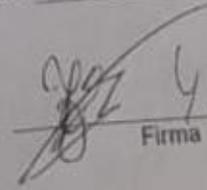
Nombre y Apellido: YANINA BARRETO

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: 11 27 46 69 81

Teléfono: \_\_\_\_\_

  
Firma Yanina Barreto

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: **-**

Estado: **-**

**Lescano Jimena**  
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIA ZUZAN DIAZ  
Domicilio del Titular CASTALAN 2420  
Ciudad CAZALO Provincia BUCENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento 48575584 Teléfono 7747477739  
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: \_\_\_\_\_

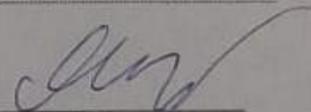
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUCIANA ANGELO DIAZ MOLLS 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 1045

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 DNI 96426932 Teléfono 011 25776799  
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 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 ALTAHIRANO 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: \_\_\_\_\_

VA 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 LAS RETAMAS 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 Corteserz 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 JULIAN ROMERO  
Domicilio del Titular VICTORIA  
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 46681731 Teléfono 1132873035  
Fecha de Nacimiento 030605

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 ROBILAS FERNANDEZ  
Domicilio del Titular BAVNESES 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:		
<b>Referencia:</b> (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