



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

Por la presente autorizo a mi hijo/a CASILLA Luis DNI 16708961, domiciliado en la calle BATAJIA DE AYOHUMA de PILAR DEL VAO de la localidad de PILAR DEL VAO, Teléfono: 1134364823, que concurre al Establecimiento Educativo **E.E.S.T N° 3** del distrito de Pilar a participar de la **Salida Educativa / Salida de Representación Institucional** a realizarse en la localidad de **CHAPADMALAL- PCIA BS.AS.**, los días **10 al 14 de NOVIEMBRE** del presente ciclo lectivo 2023.

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: DEL VAO

Fecha: 09/10/23

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: JOSE LUIS CASILLA

DNI N°: 16708961

(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

**ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha: 09/10/23

COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

Apellido y Nombres del Alumno: CASILLA Luis ALTAZARRA

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

JOSE LUIS CASILLA

Dirección: BATAJIA DE AYOHUMA 175 Teléfono: 1134364826

Lugar a Viajar: PILAR - Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces   
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija CASILLA Luis en 09/10/23 a los 9 días del mes de Octubre del año 2023, 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: 



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname  
CASTILLO

Nombre / Name  
LUIS ALEJANDRO

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
M                      ARGENTINA                      A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
15 OCT / OCT 2004

Fecha de emisión / Date of issue  
02 JUN / JUN 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
02 JUN / JUN 2036

Trámite N° / Of. ident.  
00661577039  
7568

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE



Documento / Document

**46.098.335**



RECHAZAR EMISION 002



**ANEXO VI  
AUTORIZACION  
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Por la presente autorizo a mi hijo/a Cevasco Schultheis Selene, DNI N° 49428421 domiciliado en la calle Luisandro de la Torre 7134 de la localidad de Del Viso, Teléfono: 1155297722, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Pilar

Fecha: 03/10/23

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Firma]

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: [Firma]

DNI N°: 21793417

(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

**ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha 03/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: Cevasco Schultheis Selene Marcela

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

Elizabeth Angelica Schultheis

Dirección: Luisandro de la Torre 7134 Teléfono: 1155297722

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? hermigas rojas

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.

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

5. ¿Tiene Obra Social? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Cevasco Schultheis Selene Marcela en Del Viso

a los 03 días del mes de octubre del año 2023

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: [Firma]

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración de la Firma: [Firma]

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

# DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



RENAFER EMISIÓN 002

Apellido / Surname

CEVASCO SCHULTHEIS

Nombre / Name

SELENE NARELA

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

C

Fecha de nacimiento / Date of birth

12 JUL/ JUL 2009

Fecha de emisión / Date of issue

22 DIC/ DEC 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry

12 JUL/ JUL 2024

Documento / Document

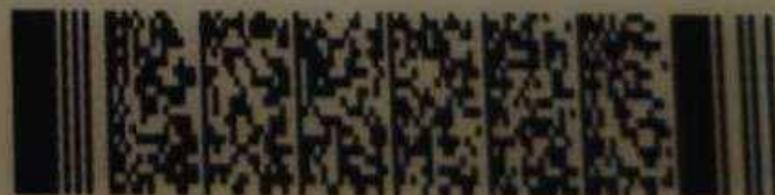
**49.428.421**

Trámite N° / Of. ident.

00683156712

8300

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE





ANEXO VI  
AUTORIZACION  
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Isaías Chazarreta, DNI N° 50309006 domiciliado en la calle Einstein 5104 de la localidad de Del Viso, Teléfono: 726006399, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Del Viso

Fecha: 04/10/23

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal FR

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Marele Mayer

DNI N°: 27187120

(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

726006399 (mams) 02320-472940 (case)

7169553237 (pops)

Cuando los alumnos que participan sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 04/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: Chazarreta Isaías

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

Mayer Marele

Dirección: Einstein 5104 Del Viso Teléfono: 726006399

Lugar a Viajar: PILAR - Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces   
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social?  SI NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Isaías Chazarreta en Del Viso a los 04 días del mes de Octubre del año 2023, 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: FR

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración de la Firma: Marele Mayer

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

50309006



Apellido / Surname  
**CHAZARRETA**

Nombre / Name  
**ISAIAS**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality  
**M                      ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**21 ABR / APR 2010**

Fecha de emisión / Date of issue  
**18 FEB / FEB 2015**

FIRMA RESP / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**21 ABR / APR 2025**

Documento / Document

**50.309.006**

Trámite Nº / Of. ident.

**00344461870**

**7000**





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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Contreras Nilgros Priscila, DNI N° 46285738, domiciliado en la calle Comodoro de los Pozos 145 de la localidad de Del Viso, Teléfono: 1130964018, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Del Viso

Fecha: 03/10/23

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: [Firma]

DNI N°: 72318296

(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

1130964018

Quando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la sola autorización firmada por los mismos alumnos.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGYEDGCYE

**ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha: 03/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: Contreras Nilgros Priscila

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

Contreras Marcela Alejandra

Dirección: Comodoro de los Pozos 145, Teléfono: 1130964018

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico?  SÍ  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces   
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación?  SÍ  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social?  SÍ  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Contreras Nilgros Priscila en Del Viso a los 3 días del mes de Octubre del año 2023, 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: [Firma]

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración de la Firma: [Firma]

IF-2017-01706868-GDEBA-CGYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

46283738

Apellido / Surname

CONTRERAS

Nombre / Name

MILAGROS PRISCILA



Sexo / Sex  
F

Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
A

Fecha de nacimiento / Date of birth

27 NOV/ NOV 2004

Fecha de emisión / Date of issue

07 ABR/ APR 2019

Fecha de vencimiento / Date of expiry

07 ABR/ APR 2034

*Milagros  
Contreras*

FIRMA IDENTIFICADOI SIGNATURE

Documento / Document

46.283.738

Trámite Nº / Of. ident.

00589254964  
7566







REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE



Apellido / Surname  
**DOMINGUEZ**

Nombre / Name  
**FABIÁN**

Sexo / Sex  
**M**

Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**30 DIC / DEC 1965**

Fecha de emisión / Date of issue  
**03 JUN / JUN 2015**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**03 JUN / JUN 2030**

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**17.609.869**

Trámite N° / Of. ident.  
**00374271636**  
**7108**



17609869



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

Por la presente autorizo a mi hijo/a LEON Ocampo TATIANA DENISE, DNI N° 49.192.509, domiciliado en la calle STA JUANA DE ARCO 1061 de la localidad de DEL VISO, Teléfono: 011 6637 6681, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: DEL VISO

Fecha: 04-10-2023

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Ocampo Carolina

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Ocampo Carolina

DNI N°: 28.638.931

(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

011 6637 6681 (celu MAMÁ)

011 51302453 (celu PAPA)

Cuando los alumnos que participen sean mayores de edad (18 años), resulta suficiente la scía autorización firmada por los mismos alumnos.

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

**ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha: 04-10-2023

Apellido y Nombres del Alumno: LEON Ocampo TATIANA DENISE

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

Ocampo Carolina

Dirección: STA JUANA DE ARCO 1061 Teléfono: 011 6637 6681

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos Encuentro Complejo Turístico CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

3. ¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.

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

5. ¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija LEON Ocampo TATIANA DENISE en DEL VISO

a los 4 días del mes de NOVIEMBRE del año ....., 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: Ocampo Carolina

(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración de la Firma: Ocampo Carolina

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE



Apellido / Surname  
**LEON OCAMPO**

Nombre / Name  
**TATIANA DENISE**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality  
**F                      ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**19 NOV / NOV 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**17 DIC / DEC 2014**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**19 NOV / NOV 2023**

**TATIANA**

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**49.112.509**

Trámite Nº / Of. Ident.  
**00329265465**  
**9001**





ANEXO VI  
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a LoSas Evelyn Sofía, DNI N° 49914195, domiciliado en la calle Miguel de Azuero 334 de la localidad de Albert, Teléfono: 15231312, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Miguel Albert  
Fecha: 05/10/2023  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal LoSas  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración: LoSas Brenda  
DNI N°: 34918733  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)  
1170541192 Mrs  
1134868807 Hermano  
1125661386 padre  
1159942593 padre

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCEYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD

PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 05/10/2023

Apellido y Nombres del Alumno: LoSas Evelyn Sofía

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:  
LoSas Brenda

Dirección: Miguel de Azuero Teléfono: 1170541192

Lugar a Viajar: PILAR - Secretaría de Derechos Humanos COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL ENCUENTRO

- ¿Es alérgico? SI NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos inflamatorios ()  
b) Fracturas o esguinces ()  
c) Enfermedades infecto-contagiosas ()  
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación? SI NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que es si necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social? SI NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija..... en.....  
a los..... días del mes de..... del año .....  
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: LoSas Brenda  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración de la Firma: LoSas Brenda

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCEYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname  
LOBOS

Nombre / Name  
EVELIN SOFIA

Sexo / Sex  
F

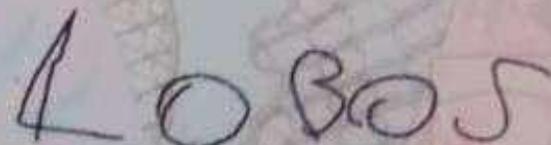
Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
27 SET / SET 2009

Fecha de emisión / Date of issue  
04 JUL / JUL 2018

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
27 SET / SET 2024

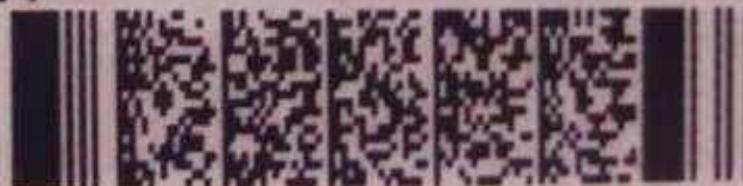
  
FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE



Documento / Document

49.914.189

Trámite N° / Of. ident.  
00554089841  
8230







REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname  
NAPOLITANO

Nombre / Name  
FABIANA LILIANA

Sexo / Sex  
F

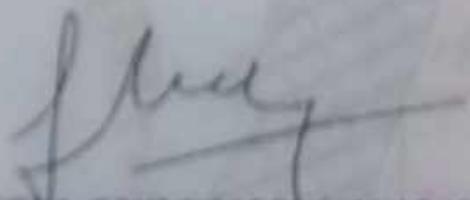
Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
26 ENE / JAN 1970

Fecha de emisi3n / Date of issue  
27 ABR / APR 2016

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
27 ABR / APR 2031



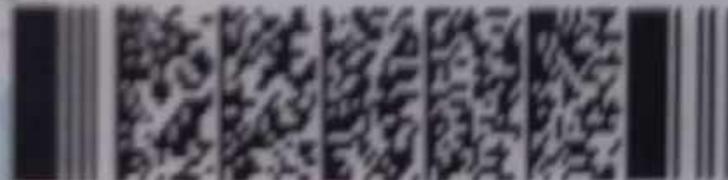
FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE

Documento / Document

21.437.820

Tramita N° / Cl. Ident.

00434168585  
7568



21437820



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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Aylen Paez Portillo, DNI N° 46296723, domiciliado en la calle Santa Isabel de la localidad de El Alborzi, Teléfono: 1124464099, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Del Viso  
Fecha: 03/10/23  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]  
(Subrayar el vinculo con el alumno)  
Aclaración: Portillo  
DNI N°: 94214776  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

02300 300853  
1124655823

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

**ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha: 03/10/23  
Apellido y Nombres del Alumno: Aylen Paez Portillo  
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Por hijo María  
Dirección: Santa Isabel Teléfono: 1124464099

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....
2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios ( )  
b) Fracturas o esguinces ( )  
c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )  
d) Otras: .....
3. ¿Está tomando alguna medicación? ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....
5. ¿Tiene Obra Social? ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Aylen Paez Portillo en Del Viso a los 3 días del mes de octubre del año 2023, 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: [Firma]  
(Subrayar el vinculo con el alumno)  
Aclaración de la Firma: Portillo Paez

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

6286723



RENAPIER EMISION 002

Apellido / Surname  
PAEZ PORTILLO

Nombre / Name  
MILAGROS AYLEN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality  
F ARGENTINA

Ejemplar  
B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
13 DIC/ DEC 2004

Fecha de emision / Date of issue  
02 JUN/ JUN 2022

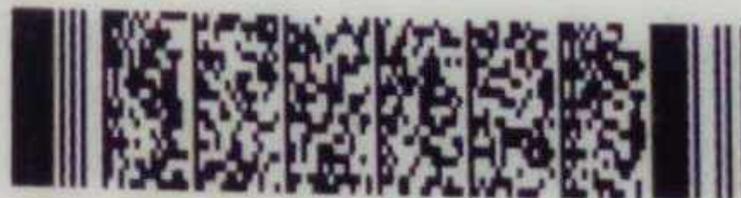
Fecha de vencimiento / Date of expiry  
02 JUN/ JUN 2037

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

46.286.723

Trámite N° / Of. ident.  
00689670816  
7568





ANEXO VI  
AUTORIZACION  
SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Papel Mercado Electra Abigail, DNI N° 49410879, domiciliado en la calle D. French 2963 de la localidad de J. C. Paz, Teléfono: 11 5569 0174, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: J. C. Paz  
Fecha: 03 Oct 2023  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración: Merced Vela Elda  
DNI N°: 30467301  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)  
11 5569 0174 (mamá)  
11 21843921 (papá)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 03/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: Papel Mercado Electra Abigail

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: Merced Vela Elda Yolanda

Dirección: D. French 2963 Teléfono: 11 5569 0174

Lugar a Viajar: PILAR - Secretaría de Derechos Humanos Encuentro en Chapadmalal

- ¿Es alérgico? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? Olivos intensos, perfumes, polen
  - ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces   
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: Puntos Alérgica
  - ¿Está tomando alguna medicación? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? terapia homeopática con diagnóstico y prescripción médica.
  - Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
Puntos Alérgica con estornudos y mucosidad abundante en las crisis. Sin sintomatología durante fines de semana.
  - ¿Tiene Obra Social? SÍ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.  
Ospe 210 Carnet Digital
- Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Papel Mercado Electra Abigail en J. C. Paz a los 03 días del mes de Octubre del año 2023, 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: [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración de la Firma: Merced Vela Elda Yolanda

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
 MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**PUJOL MERCADO**

Nombre / Name  
**ELECTRA ABIGAIL**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
**F**                      **ARGENTINA**                      **B**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**24 MAR / MAR 2009**

Fecha de emisión / Date of issue  
**07 ABR / APR 2021**

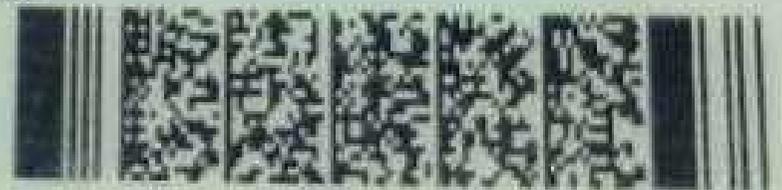
Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**24 MAR / MAR 2024**

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**49.410.878**

Trámite N° / Of. ident.  
**00655360815**  
**7568**



49410878



ANEXO VI  
AUTORIZACION  
SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOFIA MICAELA RUIZ, DNI N° 5028930, domiciliado en la calle LAPRIDA 7771 de la localidad de DEL VISO, Teléfono: 011-5115268 que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: DEL VISO  
Fecha: 04-10-2023  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración: RODINA DOMINGUEZ  
DNI N°: 30820149  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

011-5115268 (MAMA)  
011-33678165 (PAPA)  
011-60575768 (ABUELO)  
011-68879572 (ABUELA)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD  
PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 04-10-2023

Apellido y Nombres del Alumno: RUIZ SOFIA MICAELA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:  
DOMINGUEZ RODINA

Dirección: LAPRIDA 7771 Teléfono: 011-5115268

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico? Sí ~~SI~~ (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? PICADURAS DE INSECTOS - NO ALGUNA
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios   
b) Fracturas o esguinces  NO  
c) Enfermedades infecto-contagiosas   
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación? Sí ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social? Sí ~~SI~~ NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija SOFIA MICAELA RUIZ en DEL VISO a los 04 días del mes de AGOSTO del año 2023, 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: [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración de la Firma: RODINA DOMINGUEZ

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname

RUIZ

Nombre / Name

SOFIA MICAELA

Sexo / Sex  
F

Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
B

Fecha de nacimiento / Date of birth

30 JUN / JUN 2010

Fecha de emisión / Date of issue

17 MAR / MAR 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry

30 JUN / JUN 2025

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

50.528.930

Trámite N° / Of. ident.

00652968943

7150



RENAPER EMISIÓN 002



ANEXO VI  
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a PAZ GUILLERMINA SANTILLAN, DNI N° 46.355.182, domiciliado en la calle PEDRO LAGRAVE 726 de la localidad de PILAR, Teléfono: 1164753173, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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.

PILAR  
Lugar: COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL  
Fecha: 04/10/2023  
Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal: [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración: SANTILLAN MARCELA  
DNI N°: 28.973.390  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

1133827269 (MAMA)  
1125894713 (PAPA)  
1156191729 (HERMANO)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD

PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 4/10/2023

Apellido y Nombres del Alumno: PAZ GUILLERMINA SANTILLAN

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:  
MARCELA FELISA SANTILLAN

Dirección: PEDRO LAGRAVE 726 Teléfono: 1164753173

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios ( )  
b) Fracturas o esguinces ( )  
c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )  
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija PAZ GUILLERMINA SANTILLAN en PILAR a los 4 días del mes de OCTUBRE del año 2023, 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: [Firma]  
(Subrayar el vínculo con el alumno) SANTILLAN MARCELA  
Aclaración de la Firma: .....

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
 MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**SANTILLAN**

Nombre / Name  
**PAZ GUILLERMINA**

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
<b>F</b>	<b>ARGENTINA</b>	<b>B</b>

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**27 DIC/ DEC 2004**

Fecha de emisión / Date of issue  
**07 SEP/ SEP 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**07 SEP/ SEP 2038**

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE



Documento / Document  
**46.355.182**

Trámite N° / Of. ident.  
**00710310642**  
**7568**



RENDER EMISSION 007

ARG



ANEXO VI  
AUTORIZACION

SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Sequeira Keila, DNI N° 46634129, domiciliado en la calle Lisandro de la Torre 5236 de la localidad de Del Viso, Teléfono: 0232-15513817, que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.T N° 3 del distrito de Pilar a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL- PCIA BS.AS., los días 10 al 14 de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo 2023.

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: Del Viso  
Fecha: 02/10/2023

Firma del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal .....  
(Subrayar el vínculo con el alumno)

Aclaración: Guaranja Griselda  
DNI N°: 1702790  
(del firmante)

Teléfonos de Urgencia (consignar varios, con la característica correspondiente)

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

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII  
PLANILLA DE SALUD

PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 02/10/23

Apellido y Nombres del Alumno: Sequeira Keila Jael

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

Guaranja Griselda Zulama

Dirección: Lisandro de la Torre 5236 Teléfono: 0232-15513817

Lugar a Viajar: PILAR -Secretaría de Derechos Humanos ENCUENTRO COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL

- ¿Es alérgico?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿a qué? .....
- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)  
a) Procesos Inflamatorios ( )  
b) Fracturas o esguinces ( )  
c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )  
d) Otras: .....
- ¿Está tomando alguna medicación?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva: ¿cuál? ..... con diagnóstico y prescripción médica.
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:  
.....
- ¿Tiene Obra Social?  NO (tachar lo que no corresponda)  
En caso de respuesta positiva deberá adjuntar una copia del carnet a la presente planilla y concurrir con el carnet el día de la salida.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija Sequeira Keila Jael en Del Viso a los 2 días del mes de octubre del año 2023, 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: .....  
(Subrayar el vínculo con el alumno)  
Aclaración de la Firma: Guaranja Griselda

IF-2017-01706868-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NACIONAL

Apellido / Surname  
**SEQUEIRA**

Nombre / Name  
**KEILA JAEL**

Sexo / Sex  
**F**

Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**01 MAY / MAY 2005**

Fecha de emisión / Date of issue  
**06 NOV / NOV 2021**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**06 NOV / NOV 2036**

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

**46.634.159**

Trámite Nº / Of. ident.

**00681272336  
7568**



FRANKEFEM EMERSONI 000







REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname  
**ZIMMERMANN**

Nombre / Name  
**ELUNEY LUJAN ABRIL**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
**F**      **ARGENTINA**      **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**06 MAY / MAY 2009**

Fecha de emisión / Date of issue  
**12 AGO / AUG 2016**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**06 MAY / MAY 2024**

**ELUNEY**  
FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document  
**49.523.592**

Trámite N° / Of. ident.  
**00451278069**  
**7568**



