

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad Provincia

Tipo y N° de Documento Teléfono

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Monica Merchenco

Teléfono: 1123702928

Cobertura Médica:

Teléfono: 1144454682

N° Afiliado:


Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: 25-11-23. MORON

Por la presente autorizo a mi hijo/a CONTRERAS LAUTARO 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 CHAPADMALAI, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es IVAN APARICIO CASA ESQUINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

CASA ESQUINA LIBERTAD.

Fecha de ingreso:

26-11-23

Contreras

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

Aclaración: MARTINEZ MARIA.I.

Domicilio: Pte. Ortiz 4266

Localidad: CASTELAR.

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI. 26679190

Teléfono: 1131300516

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

Tipo y N° documento el /la menor: 48.056.578

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LAUTARO EHAUVEL CONTRERAS
Domicilio del Titular PRESIDENTE ORTI 2 4266
Ciudad MORÓN - Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48056578 Teléfono 1131300546
Fecha de Nacimiento 030507

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? EPILEPSIA

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: NEUROLOGIA

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: JUAN APARICIO

Teléfono: 1166432853

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 1144482906

N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

SANTINO NORBERTO COROZES

Domicilio del Titular

FITZ ROY 3764

Ciudad

ITUZAINGO

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 46689231

Teléfono

1138617875

Fecha de Nacimiento

30/05/05

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

.....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual? EX. LEPSIA

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: MEDICAMENTOSO

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Elizabeth Karina Silva

Teléfono: 1131681226

Cobertura Médica: Sistema Público de Salud

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS

Nombre y Apellido: KAROLINA MARTINEZ
Domicilio del Titular: N 5 A 51 A B 20 P K 22
Ciudad: CANAL D'ADDA Provincia: BUCARON
Tipo y N° de Documento: 415664066 Teléfono: 1153914466
Fecha de Nacimiento: 02/04/98

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FERNANDA ZARATE Teléfono: 1140708187
Cobertura Médica: TOTAL E. INTEGRAL SALUD Teléfono: 1130216786
N° Afiliado: 27415664066

KONEN ENRIQUE
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido SHEILA TAMARE FERREYRA
Domicilio del Titular EL CANO 2279
Ciudad LIBERTAD - Provincia BS. AS
Tipo y N° de Documento DNI Teléfono 1132 083124
Fecha de Nacimiento 060199

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: UGAETE Roberto JAVIER

Teléfono: 1122802601

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Fernando
Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 25-11-23 Moron

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GARCÍAS ARIANA M. 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 CHAPAMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) Ivan Aparicio Casa Esquina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

Casa Esquina Libertad

26-11-23

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

Casa Esquina Libertad

26-11-23

Ferreya

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

FERREYA VANESA .E.

EL CAO 2279

Libertad

BS. AS

DNI 34480711

113399 4166

Fecha de nacimiento el/la menor:

31-03-2008

Tipo y N° documento el /la menor:

48 770819

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad Provincia

Tipo y N° de Documento Teléfono

Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: 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 (*) 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) is)

SABIN: completo BCG: completo SARAM: completo SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: ICARSE CON:

Nombre y Apellido: Vanesa edith ferreyra edith ferreyra

Teléfono: 1133994166

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Ferreira

Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 25-11-23 Moron

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GARCIA LARA M. a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHA PAD MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) I es IVAN ARA RICIO CASA ESQUINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

CASA ESQUINA LIBERTAD
26-11-23

Institución:

Fecha de ingreso:

CASA ESQUINA LIBERTAD
26-11-23

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

FERREYA VANESA E.

EL CAÑO 2279

Libertad

BS. AS.

DNI 34480711

1133994166

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

09/07/2009

DNI = 48.995.734

Ministerio de Turismo y Deportes
 Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: L A R A M A G A L I M A G A L I G A R C I A S

Domicilio del Titular: E L C A N O 2 2 2 0 2 2 7 9

Ciudad: L i b e r t e d - e t e d - Provincia: B u e n o s A i r e s

Tipo y N° de Documento: D N I 4 0 9 9 5 7 3 0 9 9 5 7 3 4 Teléfono: 1 1 3 3 9 9 4 7 6 6

Fecha de Nacimiento: 0 9 0 7 0 9

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otro: 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? internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) N, SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI N? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO 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: SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

CON:

Nombre y Apellido: Vanessa edith ferreyra ferreyra

Teléfono: 11 33994166

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Ferreyra

Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a YANNIV HERNANDEZ 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 Chacabambalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es Irma Aparicio casa esquina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

CASA esquina libertad

Fecha de ingreso:

26/11/23

asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

CASA esquina libertad

Fecha de ingreso:

26/11/23

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

Aclaración:

Domicilio:

ELIZABETH GRACIELA POMA
TUPAC AMARU 011

Localidad:

LIBERTAD
BS. AS.

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

DNI: 27.457.787

1136565036

22/10/2006

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI: 47.557.507

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

5
ocial

1. DATOS

Nombre y Apellido

FAZMINA TERMINA TERNOZADE

Domicilio del Titular

TUPACAMARACAMARUGU

Ciudad

Merlo

Provincia

Ouenos Aires

Tipo y N° de Documento

47557507 57507

Teléfono

1136365036

Fecha de Nacimiento

22/01/86

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

madre

Madre:

madre

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual?al?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? fue internado alguna vez?

SI

NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*)

SI (*)

NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO , SI NO

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: ¿SE CON:

Nombre y Apellido: Teléfono:

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: A N G E L O M A R O M A R I B A Ñ E Z
Domicilio del Titular: B E N J A M I N Z A M I N Z O R R I P L L A 2 7 5 1
Ciudad: M O R O N Provincia: B O E B O S A P R E S
Tipo y N° de Documento: 4 6 5 6 9 8 4 8 D N I 8 4 8 D N I Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: 0 3 0 4 0 8

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? internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) N SI (*) NO
(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI N SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO , 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: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

CON:

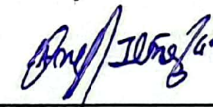
Nombre y Apellido: IVAN CRUZ RAMIRO RAMIRO

Teléfono: 11-6617-2853

Cobertura Médica:

Teléfono: 11-9498-2906

N° Afiliado:



Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

ial

1. DATOS

Nombre y Apellido

M A R I A I S A B E A I S A B E L M A R T I N E Z

Domicilio del Titular

P R E S. D E N T E, D E N T E O R T I Z 4 2 6 6

Ciudad

M O R O N - N -

Provincia

B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento

D N I 2 6 6 7 9 1 9 6 6 7 9 1 9 0

Teléfono

1 1 3 1 3 0 0 5 1 6

Fecha de Nacimiento

1 8 0 2 7 8

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

e:

, Otros (especificar):

.....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO

Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? internado alguna vez?

NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

NO

SI (*)

NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

NO

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO , SI NO

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: SE CON:

Nombre y Apellido: JUAN APARICIO RICIO

Teléfono: 1166472853

Cobertura Médica:

Teléfono: 1144482906

N° Afiliado:


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS

Nombre y Apellido: NICOLE MARA CI MORO
Domicilio del Titular: ESTERANZA 5050
Ciudad: V. ARRYBAYO B. P. D. Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 46255941 Teléfono: 2740400595
Fecha de Nacimiento: 06/12/93

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

(*) 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: 2 SARAMPION: 3 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MORA NICOLE MARA Teléfono: 1136407863

Cobertura Médica: TOTAL INTEGRAL SALUD Teléfono: 0810-220200

N° Afiliado: 23463559419

Nicole M. Mora
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1

1. DATOS

Nombre y Apellido

R O L O . S U E Z - M E I S U E Z - M E R C H E N O B O R I S A

Domicilio del Titular

J O S E M . F A C O B A Z . F A C O B A Z

Ciudad

M U E N D O S T . T E S T . T E S T

Provincia

B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento

9 5 4 2 0 7 9 8 7 9 8

Teléfono

1 1 6 0 4 7 8 9 0 9

Fecha de Nacimiento

0 6 - 0 3 - 1 9 8 4

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

.....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI

NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*)

N

SI (*)

NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI

N

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO SI NO

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

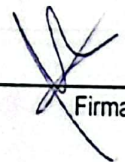
SABIN: completo BCG: completo SARAMPION: 2 SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: ON:

Nombre y Apellido: Monica Mercedes en caso Teléfono: 1123700429

Cobertura Médica: Teléfono: 1144454082

N° Afiliado:


Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: 25-11-23 MORÓN

Por la presente autorizo a mi hijo/a UGARTE TIANA 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 MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es JUAN APARICIO CASA ESQUINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

CASA ESQUINA LIBERTAD

Fecha de ingreso:

26-11-23

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente FERRERO

Institución:

CASA ESQUINA LIBERTAD

Fecha de ingreso:

26-11-23

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

Aclaración: Ferreya Sheila

Domicilio: El Cano 2279

Localidad: Libertad

Provincia: BS.AS

Tipo y N° doc: DNI 41456.981

Teléfono: 1132083121

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/01/2017

Tipo y N° documento el /la menor: SG.108.242

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

AS
Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: TIANA JAZ NA JAZ MIN UGARTE FERREYRA
Domicilio del Titular: EL CANO Z. CANO 2239
Ciudad: LIBERTAD - LIBERTAD - Provincia: Bs. As.
Tipo y N° de Documento: DNTS 6108256108242 Teléfono: 1132083121
Fecha de Nacimiento: 200117

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: 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 internado alguna vez? SI NO
Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) SI (*) NO
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI Síntomas? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI No SI NO

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Completa BCG: Completo SARAMPIO: eto SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: RSE CON:

Nombre y Apellido: usarte roberto javier eto javier

Teléfono: 1122808601

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Ferreres
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia
Tipo y N° de Documento Teléfono
Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente traer periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? nado alguna vez? SI NO

Causa: ME SACARON LA VESICULA LA VESICULA.

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI mente? SI NO Especificar: MESAJON LA VESICULA

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: completo BCG: completo SARAMPION: 0 SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

SE CON:

Nombre y Apellido: MARILY TA BORDA DA

Teléfono: 1141609360

Cobertura Médica: OSDE 210

Teléfono:

N° Afiliado: 61802445902


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

ial

1. DATOS

Nombre y Apellido

Abril-Elías Villarreal Villarreal

Domicilio del Titular

José Rodríguez Rodríguez

Ciudad

Buenos Aires Aires

Provincia

Buenos Aires

Tipo y N° de Documento

94958407 07

Teléfono

11 60428809

Fecha de Nacimiento

5-05-2003

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

re:

Otros(especificar):

.....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez internado alguna vez?

SI

NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*)

SI (*)

NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI

te?

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO SI NO

Especificar:

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: completo BCG: completo SARAMPION: 2 SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: _____ :ON:

Nombre y Apellido: Mónica Mercedes

Teléfono: 11 23800929

Cobertura Médica:

Teléfono: 11 44454682

N° Afiliado:



Firma



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



Apellido / Surname
CONTRERAS MARTINEZ

Nombre / Name
LAUTARO EMANUEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
03 MAY / MAY 2007

Fecha de emisión / Date of issue
28 ENE / JAN 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
28 ENE / JAN 2037

Contreras

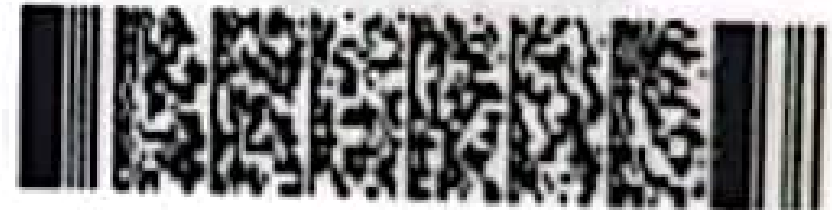
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.056.578

Trámite N° / Of. Ident.

**00684229352
 9554**





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



Apellido / Surname
CORDES

Nombre / Name
SANTINO NORBERTO

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 MAY / MAY 2005

Fecha de emisión / Date of issue
06 DIC / DEC 2020

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 DIC / DEC 2035

Santino Cordes

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

46.689.231

Trámite Nº / Of. ident.

**00642480416
7149**





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

Apellido / Surname
FERREYRA

Nombre / Name
SHEILA TAMARA

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
08 ENE / JAN 1999

Fecha de emisión / Date of issue
01 MAR / MAR 2016

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 MAR / MAR 2031

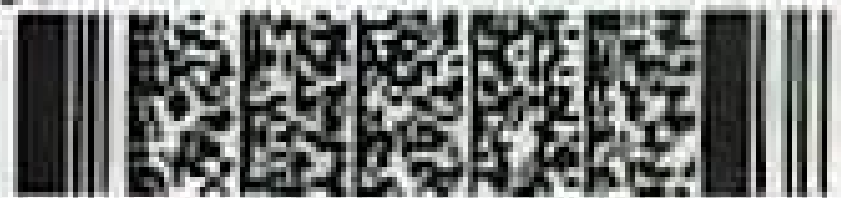


Documento / Document

41.456.981

Código de identificación
00425283163
8249

Ferreyra
 FIRMADO / IDENTIFICADOR DE FIRMA





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



RENAFER EMISIÓN 02

Apellido / Surname
GARCIAS

Nombre / Name
ARIANA MAIA ABIGAIL

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
31 MAR / MAR 2008

Fecha de emisión / Date of issue
10 JUN / JUN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 JUN / JUN 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Garcias

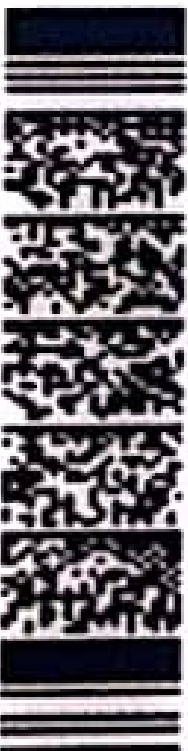
Documento / Document

48.770.819

Ítem N° / Ot. Ident.

00706013616

8249





REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 MINISTERIO DEL INTERIOR OBRAS PÚBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname
GARCIAS

Nombre / Name
LARA MACALLI


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

Fecha de nacimiento / Date of birth
09 JUL / JUL 2009

Fecha de emisión / Date of issue
10 MAR / MAR 2016

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 JUL / JUL 2024

FECHA IDENTIFICADO SIGNATURE



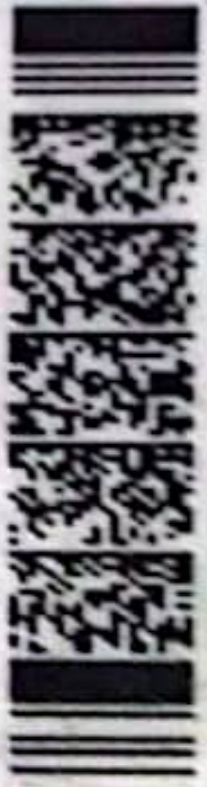
Documento / Document

48.995.734

Identific. N° / ID. Ident.

00425255772

8249



48995734



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

Apellido / Surname
HERNANDEZ

Nombre / Name
YAZMIN MAGALI

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
22 OCT / OCT 200

Fecha de emisión / Date of issue
31 OCT / OCT 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 OCT / OCT 2037

[Faint signature]

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

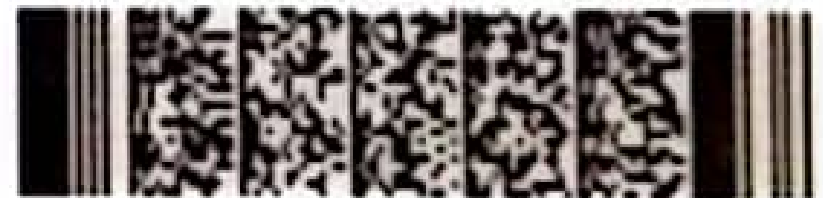


RENATA (RENATA 82)

Documento / Document

47.557.507

Trámite N° / Of. Ident.
00695775872
8008





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



Apellido / Surname

IBAÑEZ

Nombre / Name

ANGEL OMAR

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

03 ABR / APR 2005

Fecha de emisión / Date of issue

30 ENE / JAN 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry

30 ENE / JAN 2036

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Angel Ibañez

Documento / Document

46.569.848

Trámite N° / Of. ident.

00647530139

7575



46569848



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

Apellido / Surname
MARTINEZ

Nombre / Name
MARIA ISABEL



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

Fecha de nacimiento / Date of birth
18 JUL / JUL 1978

Fecha de emisión / Date of issue
27 MAR / MAR 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 MAR / MAR 2032

Martinez
LUNA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document
26.679.190

Trámite N° / Of. ident.
00485549173
7238



00485549173



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



Apellido / Surname

RODRIGUEZ MERCHENCO

Nombre / Name

BRISA ANAHÍ

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

B

Fecha de nacimiento / Date of birth

06 MAR/ MAR 2004

Fecha de emisión / Date of issue

18 FEB/ FEB 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry

18 FEB/ FEB 2036

Rodríguez
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

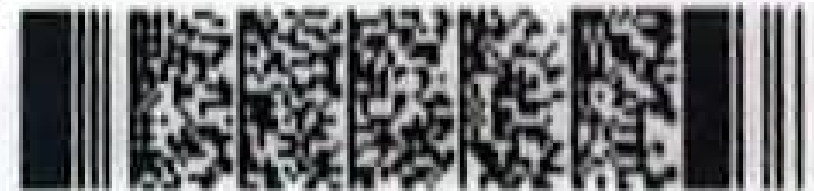
Documento / Document

45.420.798

Trámite N° / Of. ident.

00649477350

9554





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

56108242

Apellido / Surname
UGARTE FERREYRA

Nombre / Name
TIANA JAZMIN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
20 ENE / JAN 2017

Fecha de emisión / Date of issue
20 MAR / MAR 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
20 ENE / JAN 2025

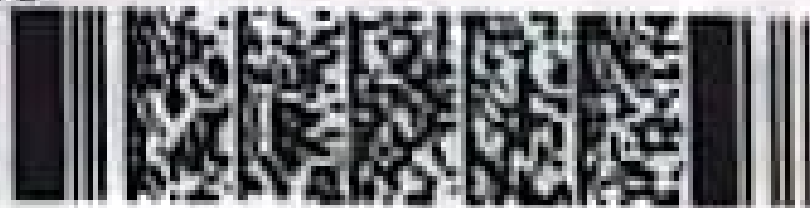
Ferreira
 FIRMA RESP / SIGNATURE



Documento / Document

56.108.242

Título N° / CC IdM
00485097848
7277



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

EXTRADJERADO

Apellido / Surname

VALENZUELA MUÑOZ



Nombre / Name

CLAUDIA ANDREA

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

CHILENA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

15 FEB / FEB 1982

Fecha de emisión / Date of issue

19 NOV / NOV 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry

19 NOV / NOV 2029

Claudia Muñoz

FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE

Documento / Document

92.836.772

Identificación / Identity No. / Of. Ident.

00314073302

7520





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



Apellido / Surname
VILLARREAL

Nombre / Name
ADRIEL ELIAS

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

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 MAR / MAR 2003

Fecha de emisión / Date of issue
10 MAR / MAR 2021

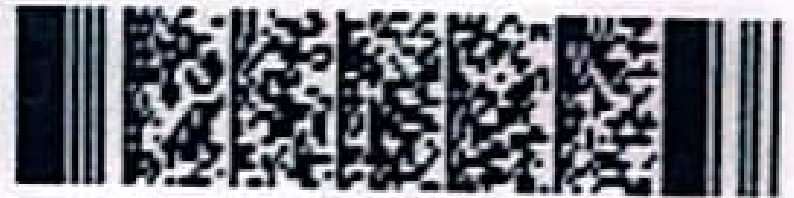
Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 MAR / MAR 2036


FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

44.959.407

Trámite N° / Of. ident.
00652089806
9554



44959407

