

Turismo Social

DECLARACION JURADA
GRUPOS NUMEROSOS
EVENTOS

Institución

EES N° 12 - Gov. M. Saavedra

Esteban Echeverría

Día Mes Año
28 10 18

N° de registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Ingreso Mensual	Firma
Malena Isabel ALARCON	46.419.502	6-3-05	Lago Garcia 3806, 9 de Ab.	1162 12-9360		
Emelyn Giannanna BARECA	44.635.912	12-3-03	Jota Laurie 307, M.G.	2074-6061		
Fawndo Agustín SOTELO	43.920.690	4-4-02	Barracas 1374, M. Gde	11-2005-8918		
Martina Roco ROMERO	46.419.873	22-5-05	Cordero 396, M.G.	1138 04-5762		
Denisse Nayra CARMONA	46.187.436	11-9-04	Las Tautas 1329, L.G.	11-0792-6925		
Juliana Agustina CABRERA	45.781.305	11-7-04	Isla Aguila 520, M.G.	11-3485-3228		
Emilia FLORES	44.707.614	19-3-03	Avellaneda 702, M.G.	4281-2053		
Agostina Aldana HERREDA	44.507.813	12-11-02	Juarez 3144, M.G.	2142-9569		
Máximo David TEVEZ	46.585.089	21-4-05	Primo Tricotti 1992, M.G.	11-5763-6900		
LUBMILA Anahí VITON	42.682.843	8-7-00	9 de Abril 2709, M.G.	4272-1621		
Agostina Daniela ORTIZ	43.308.560	21-5-01	Jng. Huergo 1462, M.G.	4290-1952		
Silvina Marcela STEINBERG	27.279.809	18-5-79	Alvear 731, M.G.	4296-6395		
Gabriel Alejandro FERNANDEZ	22.023.391	14-6-71	Lzavalle 601 M.G.	11-3630-2907		

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: H. Grande, 20/9/18

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Alarcon Dalena a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es STEINBERG SILVINA - FERNANDES Gabriel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

[Firma]
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Pelozo Vanesa

Domicilio: Lago Garcia

Localidad: 9 de Abril

Provincia: B5 AS

Tipo y N° Doc: DNI: 29055304

Teléfono: 1162129360

Fecha de Nacimiento del alumno: 06/03/2005

Tipo y N° Documento del alumno DNI: 46419502

1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido M A L E N A I S A B E L A C A R C O N

Domicilio del Titular L A G O C A R C I A 3 9 0 0

Ciudad N O N T E G R A N D E Provincia B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento D N I 4 6 4 1 9 5 0 2 Teléfono 1 1 6 2 1 2 9 3 6 0

Fecha de Nacimiento 0 6 0 3 0 5

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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: OPERACION DE LAS AMIGDALAS

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

(*) Síntomas: SE BROTA (OSEA SE LLENA DE SARPILLIDO)

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Pelozo Vanesa Teléfono: 1162129360

Cobertura Médica: OSRJA (RELOJEROS) Teléfono: _____

N° Afiliado 29605/3

Aguajillo
Firma



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Ministerio de Gobierno
Dirección Provincial del Registro de las Personas

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICO. Que bajo el ACTA 308 TOMO I FOLIO 46 del AÑO 2005
Del Libro de Nacimientos de la oficina Hosp. P. S. T. de Santa Mercedes
Se encuentra inscripto el nacimiento de Maleina Isabel P. ALARCON
DNI. 46.419.502
Ocurrido el día 06 del mes de MARZO del año 2005 a la hora 01:28 Lugar de nacimiento Monte Grande siendo de SEXO FEMENINO
Hijo de José Armando ALARCON D.N.I.-L.E.-C.T. 31.068.101.
y de Vanessa Norma PELOZO D.N.I.-L.E.-C.T. 24.055.304
CELIA ESTER GALMARINI con el texto del acta expresada. A pedido de parte interesada, YO
DELEGADA INTERINA expedido el presente en mi carácter de DELEGADA
REGISTRO DE LAS PERSONAS en Monte Grande a los 08.03.2005
en RECCORDIAS
DE SANTAMARINA



CELIA ESTER GALMARINI
DELEGADA INTERINA
D.E.P. 12107
REGISTRO DE LAS PERSONAS
MONT. S. T. DE SANTA MARINA

En el presente documento se encuentran cumplimentados todos los tramites de legalización en la Provincia de Buenos Aires (Ley 5.646)

CAMBIO DE DOMICILIO

Apellido y Nombre: 3008 BDT ADEL
Apellido y Nombre: E. ECHESY ALBA
Fecha: 0-6-03

Apellido y Nombre: 3008 BDT ADEL
Apellido y Nombre: E. ECHESY ALBA
Fecha: 0-6-03

MERCOSUR DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PELOZO
Norma
Vanessa
24.055.304
Argentina

402055304

Lugar y Fecha: Monte Grande 22/10/18

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos GABRIELA EVELYN GONZALEZ a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Miemoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es SILVIA SILVIA FERNANDES GAMBALDI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18



Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Tinelli Uruguay
Domicilio: Islalaguna 209
Localidad: Monte Grande
Provincia: Bs. As.
Tipo y N° Doc: DNI 26.580.494
Teléfono: 20746061

Fecha de Nacimiento del alumno: 12/08/2003

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 44.635.912

1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido EHELYN-GIOVANNA-GARECA

Domicilio del Titular ISLA-LAURIE-307

Ciudad MONTEGRANDE Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 44635912 Teléfono 20746061

Fecha de Nacimiento 120303

2 INFORMANTE

Madre: Padre: 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: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Mónica Graciela Pios (Abuela) Teléfono 21054539

Cobertura Médica: O.S. P.E. CA. (obra Social) del personal del Chucho Teléfono 4860-7100 (AYUDA MEDICA)

N° Afiliado: 52982/02


Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha Monte Grande 23/09/2018

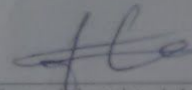
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Pascual Agustín Sotelo a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es STEINBERG SILVINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: PASCAL SOTELO

Domicilio: BARRACAS 1374

Localidad: Monte Grande

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° Doc: 13.349.195

Teléfono: 11 2005-8918

Fecha de Nacimiento del alumno: 09/04/2002

Tipo y N° Documento del alumno: 93.920.690



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

95

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CIRCUNSCRIPCION 2° NIVOTOMO 1° D NUMERO 189 AÑO 2002

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a 17 de Abril de 2002. Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas inscribo el NACIMIENTO de

DNI N° 42920690

Facundo Agustín SOTELO

Sexo Masculino nacido el 4 de Abril de 2002 a las 22:47 horas, en esta ciudad Person 2275

16/3

Padre Dalia Dalila SOTELO

Doc. Ident. 201 13.349.143

y de Martina Liliana SANCHEZ

Doc. Ident. 201 21.176.105

1/2

Según certificado de la Dra. Hazel Blanco

Interviente Maria D. Ktomes Doc. Ident. 20175232465

Domicilio Person 2275 Obra en virtud de la Ley

13263 que modifica la Ley 13263 DGRC

IF-2015-36026-706

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

pagina de 1

DRA ANA BOTBOL
OFICIAL PROLEGADO
DEL EST. CIVIL Y CAP. DE LAS PERSONAS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y SEGURIDAD

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Autorización Paterna

DECLARACION JURADA

Lugar y Fecha:

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos ROBERTO MARTINA ROCIO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s /es STEINBERG SIMONA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

Firma del padre, tutor o encargado

Simona Steinberg

Aclaración: Simona Steinberg

Domicilio: CORDERO 396

Localidad: MONTE GRANDE

Provincia: BUEENOS AIRES

Tipo y N° Doc: DNI 28211091

Teléfono: 1138045762

Fecha de Nacimiento del alumno: 22/05/2005

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46.419.873

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

DECLARACION JURADA

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: ROBERTINA ROCIO ROCHERIO
Domicilio del Titular: CORDERO 396
Ciudad: MONTE GRANDE
Provincia: BUEENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 46419873
Teléfono: 1138045762
Fecha de Nacimiento: 220505

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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?
Causa: NO SI NO
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 Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 6

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LAURA EVÉS MIRANDA
Teléfono: 1138045762
Cobertura Médica:
Teléfono:
N° Afiliado:
Firma: Simona Steinberg

Lugar y Fecha: Montecarlo, 28/10/18

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijos/a DELISE MAYOR CARMELO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s /es STEINBERG SILVIA - VERNADES Gabriela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: carabobla/6 p. nuevo
Domicilio: Las Trinitas 1328
Localidad: Luis Gullon
Provincia: Buenos Aires
Tipo y N° Doc: 18544 088
Teléfono: 1167826825

Fecha de Nacimiento del alumno: 11/08/2004

Tipo y N° Documento del alumno: 46.187.436

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: TERESA CARABOBLA Teléfono: 1167826825
Cobertura Médica: AD T. leve Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

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: -

3. ANTECEDENTES
3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cuál? _____
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

2. INFORMANTE
Madre: Padre: Otro(s) (especificar): _____

1. DATOS DEL ALUMNO
Nombre y Apellido: DELISE MAYOR CARMELO
Domicilio del Tráiler: Las Trinitas 1328
Ciudad: Luis Gullon
Tipo y N° de Documento: 1167826825
Provincia: Buenos Aires
Teléfono: 1167826825
Fecha de Nacimiento: 11/08/04

Ministerio de Turismo
Turismo Social
Plan Escolar
Ficha Médica

DECLARACION JURADA

Firma

DECLARACION JURADA

Turismo Social Plan Escolar Autorización Paterna

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha: Buenos Aires 23/11/18

Señor Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mi hijo/a Carolina Juliana Dominguez a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s STEINBERG SILVINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

Firma del padre, tutor o encargado

Jaime Lopez

Aclaración: PAYO LA OVA

Domicilio: ISLA AGUILA 520

Localidad: MONTE GRANDE

Provincia: B.S.A.S.

Tipo y N° Doc: DNS 25040014

Teléfono: 1184993220

Fecha de Nacimiento del alumno: 11-7-04

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 45781305

FORMA Nº 10

PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA DIRECCION PROVINCIAL DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS



CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICO: Que bajo el ACTA 683 TOMO I FOLIO 17V del AÑO 2004 del Libro de Nacimientos de la oficina Luis Guillon se encuentra inscripto el nacimiento de Denise Nayra Carnava DNI 46187436 ocurrido el día 11 del mes de Septiembre del año 2004 a la hora 09:01 siendo de SEXO Femenino nacimiento de Juan Ramón Carnava MI 1796602 Hijo de Juan Ramón Carnava y de Teresa Beatriz Carnava MI 18544089 DOY fe que CONCUERDA con el texto del acta expresada. A pedido de parte interesada, YO MARCELA BEATRIZ PITTOLO expido el presente en mi carácter de MARCELA BEATRIZ PITTOLO en Luis Guillon a los 25 de OCTUBRE de 2004

En el presente documento se encuentran cumplimentados todos los requisitos de legalización en la Provincia de Buenos Aires (Ley 8.345)

D.I.E.B.O. - Form. 0/10 - P. de las P.

Este documento no podrá reemplazarse por otro, pudiendo ser utilizado a administrativas ni por entidades o personas privadas debiendo ser certificado por cualquier entidad que lo requiera, en el caso de ser necesario, el certificado del mismo (Art. 24 Dec. Ley Nacional 8.358/83) (Modificado por la Ley 18.327)

MARCELA BEATRIZ PITTOLO FECHA AUTORIZADA

[Handwritten signature]

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

DECLARACION JURADA

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: JULIAN ANTONIO MARTINEZ
Domicilio del Titular: 90616300936
Ciudad: VALPARAISO Provincia: VALPARAISO
Tipo y N° de Documento: 8F24538405 Teléfono: 443483228
Fecha de Nacimiento: 270328

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otro(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? ALERGIAS AL POLVO - RESACOS - PIEL DE PERRO

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

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia SI (?) NO

(*) Síntomas: ESTORNOS - LACRIMACION

Requiere Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Requiere tratamiento médico? SI NO

Especificar: PAPA LA ALERGIAS

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

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

5. VACUNAS (indicar Cantidad de Dosis)

SABIN BCG SARAPION TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: CAROLINA BARRERA Teléfono: 4522 786 542

Cobertura Médica: SPF Teléfono: 4584 9300

N° Afiliado: 030224/2

Florencia
Firma


Document / Document
 45.781.305
 00165072508
 8298
 11 JUL / JUL 2020
 07 FEB 2013
 11 JUL / JUL 2004
 ARGENTINA
 JULIANA AGOSTINA
 CABRERA




LA PLATA - LA UNION - EZEIZA - BUENOS
 ARIES
 CABRERA
 JULIANA AGOSTINA
 CABRERA
 45781305
 0030221 /02
 JULIANA AGOSTINA
 CABRERA

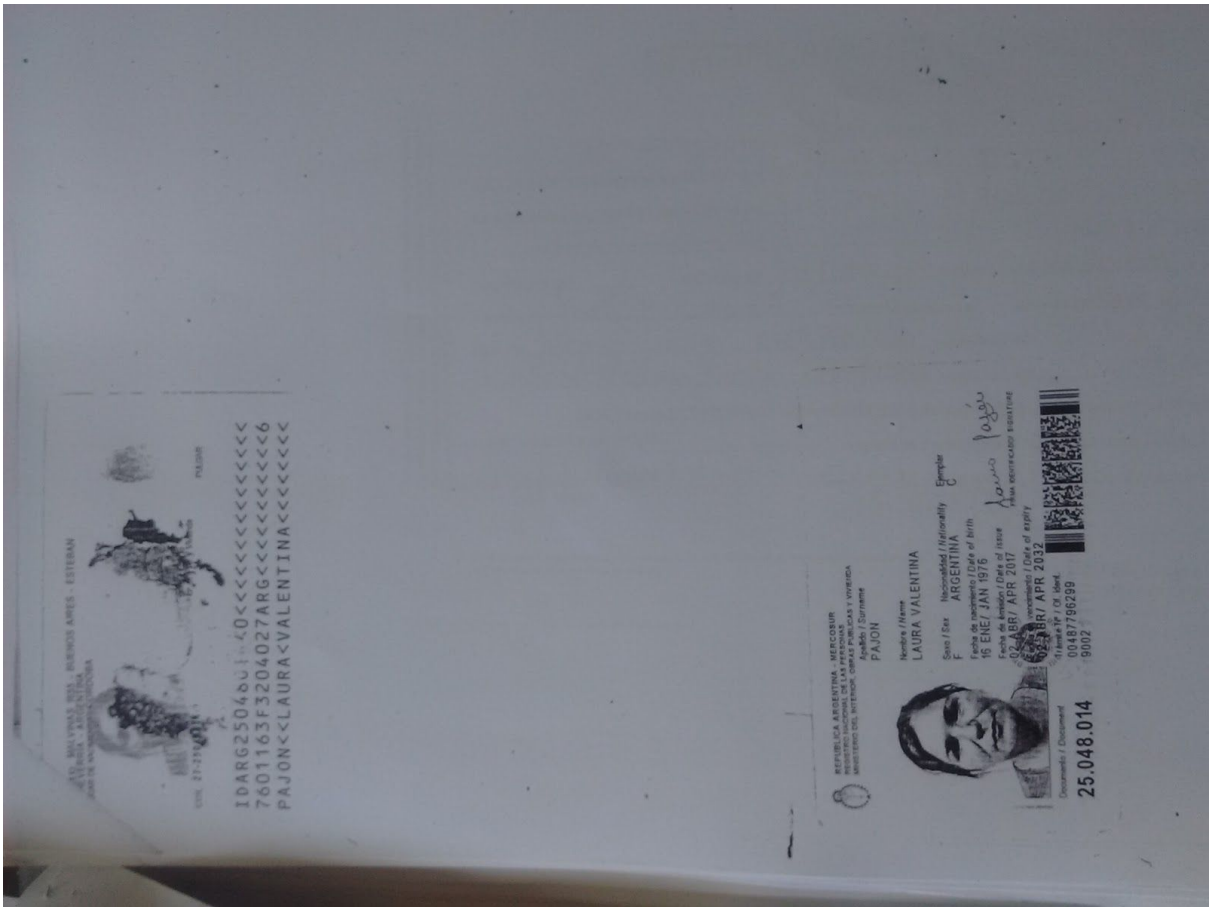



DIRECCION DE OBRA SOCIAL
 www.obrasocialspf.com.ar
 turnos 4581-5000
 comutador 4584-9300
 Av. Manuel Trialet 2592 Ciudad Autonoma de Buenos Aires (1410)



DIRECCION DE OBRA SOCIAL
 www.obrasocialspf.com.ar
 VALIDEZ: 11/07/2025
 45781305
 0030221 /02
 JULIANA AGOSTINA
 CABRERA



MINISTERIO DE GOBIERNO
 DIRECCION PROVINCIAL DEL
 REGISTRO DE LAS PERSONAS

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICO: Que bajo el ACTA 600 TOMO I FOLIO 1504^{to} del AÑO 2004
 del Libro de Nacimientos de la oficina Hospital de Calcuta - EZEIZA
 se encuentra inscripto el nacimiento de Juliana Agustina CABRERA
 DNI 45781305
 ocurrido el día 11 del mes de Julio del año 2004 a la hora 14:50 Lugar de
 nacimiento José M. EZEIZA siendo de SEXO femenino
 Hijo de José Luis CABRERA MI 22623491
 Laura Valentina PAJON MI 25048014

DOY fe que CONCUERDA con el texto del acta expresada. A pedido de parte interesada, YO
 SUSANA MARIA LARRALDE expido el presente en mi carácter de delegada interina
 DELEGADA INTERINA
 Hospital de Calcuta - EZEIZA a los 15/07/2004
 D.N. 226402

En el presente documento se encuentran cumplimentados todos los trámites de legalización en la Provincia de Buenos Aires (Ley 8.946)

SUSANA MARIA LARRALDE
 DELEGADA INTERINA
 Hosp M. T. de CALCUTA - EZEIZA
 D.N. 226402

Ministerio de Gobierno - D.I.E.B.O. - Form. 010 - R. de las P.

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
Autorización Paterna Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: EMILIA FLORES

Domicilio del Titular: MICOLAS AVELLANEDA 707

Ciudad: MONTEGRANSE Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DN344707614 Teléfono: 42812053

Fecha de Nacimiento: 7/10/03

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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

Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

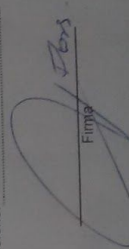
SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: FLORES Daniel Teléfono: 42812053 / 15644525

Cobertura Médica: JOMA Teléfono: _____

N° Afiliado: 2220490245/03

Firma: 

DECLARACION JURADA

Ministerio de Turismo **Turismo Social** Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Mtgrse 28/10/18

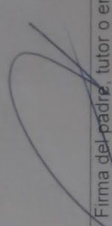
Señor Ministro de Turismo Flores Daniel

Por la presente autorizo a mis hijo/a Flores Daniel a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s / es STEINBERG SILVINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

Firma del padre, tutor o encargado: 

Aclaración: Flores Daniel

Domicilio: N. Avellaneda 702

Localidad: M. GRANDE

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: DNE 2044735

Teléfono: 4281 2053

Fecha de Nacimiento del alumno: 7/03/2003

Tipo y N° Documento del alumno: DNE 44 77614

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: M Grande, 20/10/18

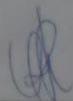
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MAXIMO TEVEZ a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es STEINBERG SILVINA - FERNANDES Gabriela que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 12

Fecha de ingreso: 28/10/18


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: VERONICA JUAREZ

Domicilio: PRIMOTRICOTTI 1992

Localidad: Luis Guillón

Provincia: Bs As

Tipo y N° Doc: DNI 26552098

Teléfono: 1557636900

Fecha de Nacimiento del alumno: 21/04/05

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 46.585.089

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: HA XELADO TEUCER

Domicilio del Titular: PRINCEPIA 1111 11992

Ciudad: BOGOTÁ Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 62348585089 Teléfono: 1557636990

Fecha de Nacimiento: 21/04/05

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

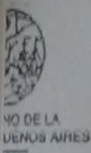
Nombre y Apellido: VERONICA JUAREZ Teléfono: 4272-7885

Cobertura Médica: OSECAC Teléfono: 1557636900

N° Afiliado: 46585089

[Firma]
Firma

34



REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CIRCUNSCRIPCION 62 TOMO 127 NUMERO 327 AÑO 2005

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la República Argentina, a 26 de Abril de 2005. Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas inscribo el NACIMIENTO de:

Máximo David TEVEZ

5089

Sexo Masculino nacido el 21 de Abril 2005

a las 10,34 horas, en esta ciudad Gascón 450

Hijo de Julio César TEVEZ

Doc. Ident. 23.511.890

y de Verónica Patricia WAREZ

Doc. Ident. 26.552.098

Según certificado de la Obstetrias Noelia WAREZ

Interviente María Elena ARIAS Doc. Ident. 4551996

Domicilio Gascón 450 Otra q. v. del d. 21 de abril

region que se detiene del mismo por lo que no
otra existencia, como se expresa en el presente por
sufre.



Handwritten signature

Jr. NORMA ROSA STRAFACE
REG. DEL EST. CIVIL Y CAP. DE LAS PER.
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Turismo Social

Ministerio de Turismo

Lugar y Fecha: M. Grande 20/10/18

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a LUDMILA ANAHI VITON a

participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad
Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la
custodia de los acompañantes de la delegación, Srta / es
STEINBERG SILVIA - FERNANDES GABRIEL
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 12

Fecha de ingreso: 28/10/18

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración:

Forense UVIWA

Domicilio:

9 DE ABRIL 2390

Localidad:

MONTE CORAUDE

Provincia:

Bs As

Tipo y Nº Doc:

28941913

Teléfono:

4272-1629

Fecha de Nacimiento del alumno:

08/07/00

Tipo y Nº Documento del alumno: DNI = 42.682.843

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Ficha Médica

Turismo Social

Ministerio de Turismo

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido:

Domicilio del Titular:

Ciudad:

Tipo y N° de Documento:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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 Cual?

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

(*) 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 Cual?

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

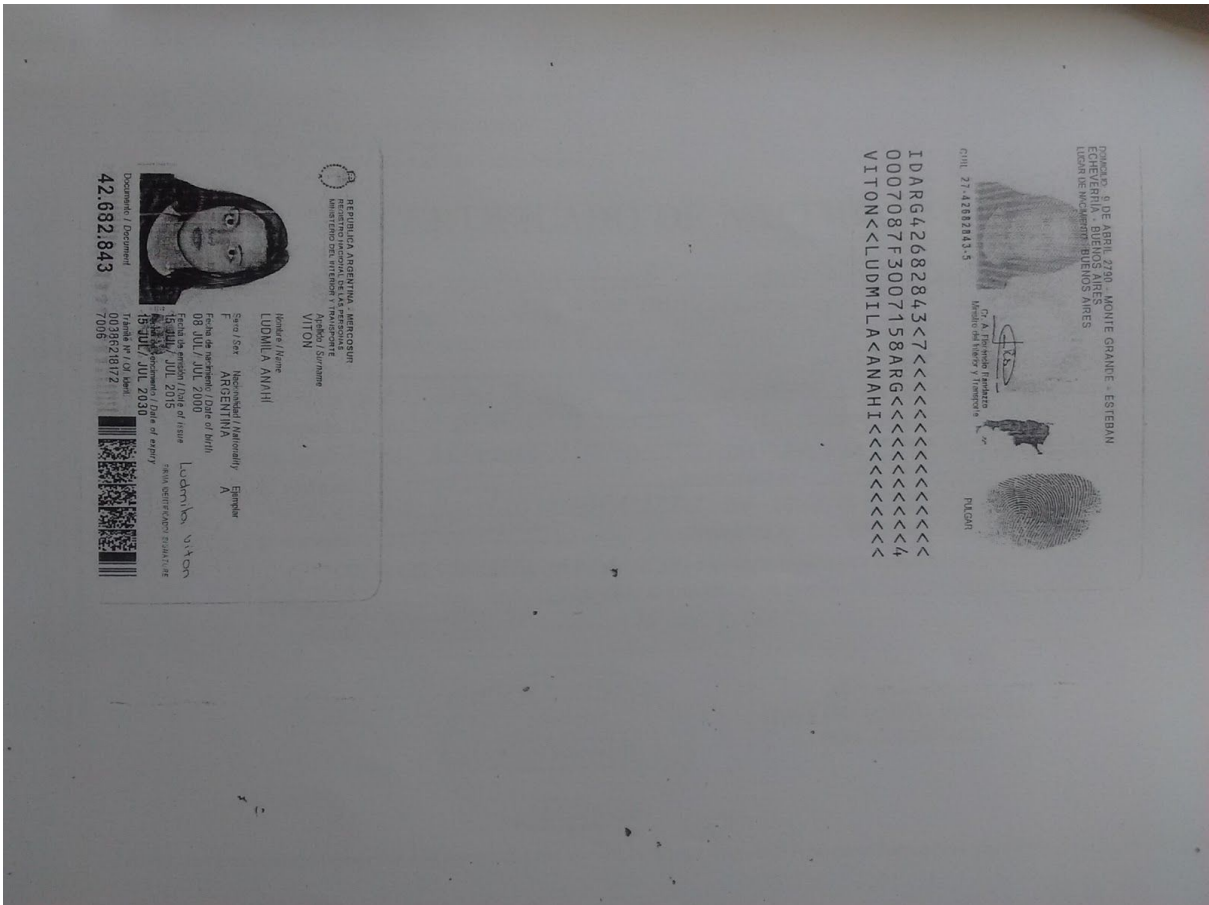
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido:

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:



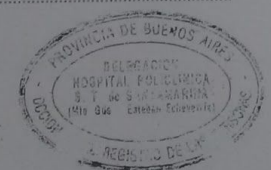


PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Ministerio de Gobierno
Dirección Provincial del Registro de las Personas

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICO: Que bajo el ACTA 1032 - TOMO II - FOLIO (S) 4 - del AÑO 2000 -
Del Libro de Nacimientos de la oficina Hosp PST-santamarina
Se encuentra inscripto el nacimiento de Ludmila Anahi VITON
DNI 42682843
Ocurrido el día 8 - del mes Julio - del año 2000 - a la hora 247 - Lugar de nacimiento Monte Grande - siendo de SEXO Femenino -
Hijo de Daniel Alfredo VITON - DNI - LG-LE-OK 25653629
de Profesión - Domiciliado en -
y de Viviana Karilin TORRENTE - DNI - LG-LE-OK 28941913
de Profesión - Domiciliada en -

DOY FE QUE CONCUERDA con el texto del acta expresada. A pedido de parte interesada, YO
MEDRANO Miguel Roberto expedido el presente en mi carácter de Firma Autorizada -
en Monte Grande - a los 10-7-2000
Firma: M.R. MEDRANO



MEDRANO MIGUEL ROBERTO
FIRMA AUTORIZADA

Este documento no podrá reemplazarse por autoridad judicial o administrativa ni por certificaciones emitidas por entidades privadas, debiendo limitarse a tomar constancia o certificar por cualquier medio (fotocopia, reproducción, etc.) del mismo (Art. 24 Doc. Ley Nacional 8.204/63) (Modificada por Ley 19.327)

En el presente documento se encuentran cumplimentados todos los tramites de legalización en la Provincia de Buenos Aires (Ley 8.946)

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

DECLARACION JURADA

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: RICARDO VAHIELA OLIVERA

Domicilio del Titular: CHACABANDA HUAYLA

Ciudad: MONTE CARMEN Provincia: PUNO

Tipo y N° de Documento: CINE 1434308 Teléfono: 924 421183

Fecha de Nacimiento: 21/11/1993

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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: TUBERCULOSIS

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

(*) Síntomas: HIRTIACION EN LA CABA

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: MARTHA LAHELA Teléfono: 4290-1852

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Marta Lahele
Titular

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

DECLARACION JURADA

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: RICARDO VAHIELA OLIVERA

Domicilio del Titular: CHACABANDA HUAYLA

Ciudad: MONTE CARMEN Provincia: PUNO

Tipo y N° de Documento: CINE 1434308 Teléfono: 924 421183

Fecha de Nacimiento: 21/11/1993

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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: TUBERCULOSIS

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

(*) Síntomas: HIRTIACION EN LA CABA

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: MARTHA LAHELA Teléfono: 4290-1852

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Marta Lahele
Titular

