













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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
RAIMONDI

Nombre / Name  
LUCRECIA

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
F                      ARGENTINA                      B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
23 ABR / APR 1990

Fecha de emisión / Date of issue  
18 OCT / OCT 2012

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
18 OCT / OCT 2027

FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

Documento / Document

**35.202.270**

Trámite N° / Of. ident.  
00143121850  
7000







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



*Apellido / Surname*

**RAMIS**

*Nombre / Name*

**JOAQUIN**

*Sexo / Sex*

**M**

*Nacionalidad / Nationality*

**ARGENTINA**

*Ejemplar*

**A**

*Fecha de nacimiento / Date of birth*

**26 JUL / JUL 2003**

*Fecha de emision / Date of issue*

**27 JUL / JUL 2018**

*Fecha de vencimiento / Date of expiry*

**27 JUL / JUL 2033**

*Handwritten signature*  
FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

*Documento / Document*

**44.937.517**

*Código de identificación / ID. ident.*

**00556824258**

**8001**







Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido LUCCILA AYLEM CATALAMO

Domicilio del Titular SANTIAGO DE LAS CARREERAS 212

Ciudad CABA Provincia Buenos Aires

Tipo y N° de Documento DN 144749106 Teléfono 1170011159

Fecha de Nacimiento 190503

## 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:

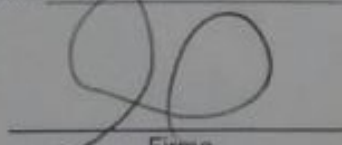
Nombre y Apellido: MARINA NOEMI TORRADO

Teléfono: 1140832394

Cobertura Médica: Union Personal

Teléfono: 0-810-444-1122

N° Afiliado: 01167721038

  
Firma

Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido NEHVEN CAVALLUO

Domicilio del Titular CHIVILCOY 1429 DPO 4

Ciudad CABA Provincia CABA

Tipo y N° de Documento DN 145233356 Teléfono 35302012

Fecha de Nacimiento 27 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 5 BCG 2 SARAMPION 3 TRIPLE 3

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido GRACIELA FRANCO

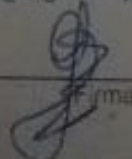
Teléfono 1541767088

Cobertura Médica GALENO ORO

Teléfono 4321 4111

N° Afiliado 018 178 9503 05

0810 999 8743

  
Firma

Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido VALENTINA DE GIULIO

Domicilio del Titular ALVAREZ JONTE 3785 PB F

Ciudad CAPITAL Provincia CABA

Tipo y N° de Documento DNE 44161727 Teléfono 01164357926

Fecha de Nacimiento 190602

## 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  Cuát: \_\_\_\_\_

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:


Nombre y Apellido: VALERIA ODETTI

Teléfono: 011-6435-7826

Cobertura Médica: OSDE

Teléfono: 0710-888-7788

N° Afiliado: 62323809703

  
Firma

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido M A R I A L U C E R O G I A C A K I S

Domicilio del Titular C H E C O S L O V A G U I A 4 3 5 7

Ciudad C A B A Provincia B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento D N I 4 4 7 1 3 8 1 5 Teléfono 0 1 1 5 7 3 2 4 2 9 4

Fecha de Nacimiento 1 9 0 2 0 3

## 2. INFORMANTE

Madre Padre 

Otras(especificar): \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO 

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO 

## 4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO 

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 3, 2R BCG: 1 SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: 2

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MERCEDES GIALLORENZITeléfono: 1157324294Cobertura Médica: OSDE

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 62047344302
  
Firma

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido M A R I A S O L E D A D G O N Z A L E Z

Domicilio del Titular M I T A M A 4436 16° B

Ciudad C A B A Provincia

Tipo y N° de Documento D N I 27087081 Teléfono 1562142286

Fecha de Nacimiento 271278

## 2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): yo misma

## 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: Parto Cesarea3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO (\*) Síntomas: RespiratoriasRecibe Tratamiento permanente? SI  NO 

## 4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO Especificar: 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: Cirugía ginecológica y 2 cesareas.4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: 

## 5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

CompletasSABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE: 

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alberto BoboguesiTeléfono: 1566661905Cobertura Médica: OBSPATeléfono: N° Afiliado: 41920410

[Firma]  
Firma

Ministerio de Turismo

## Turismo Social

Plan Escolar  
Ficha Médica

## 1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido Sofía Mariel Jara  
 Domicilio del Titular José Enrique Rodó 4246 Edb 18B P 5<sup>to</sup> D 62  
 Ciudad CABA Provincia CABA  
 Tipo y N° de Documento DNI 44161976 Teléfono 1541818088  
 Fecha de Nacimiento 07-07-2002

## 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 completa BCG completa SARAMPION completa TRIPLE completa

## EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: Fernanda Virginia NavarroTeléfono: 1541818088Cobertura Médica: OSECAC

Teléfono:

N° Afiliado: 44161976

[Firma]  
 Firma  
24433579