

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha:

Caba 9/11/10

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hija/a Lucía Ailén Catalano 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 MARÍA S. GONZALEZ y LUCRECIA RAIMONDI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

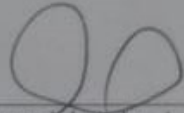
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EM 192 J. de G. 2010

Fecha de ingreso:

4/12


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración:

Daniel Catalano

Domicilio:

Santiago de los Caballeros 212

Localidad:

CABA

Provincia:

B. A.

Tipo y N° Doc:

23 B. E. 100

Teléfono:

11 700 11184

Fecha de Nacimiento del alumno:

19/05/03

Tipo y N° Documento del alumno:

DNI. 44 749 106

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: C.A.B.A. 29/10/2018

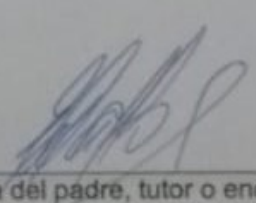
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a NEHUEJ CAVALLO 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 ^{Les} MARIA S. GONZALEZ Y LUCRECIA RAIMONDI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEM 1 DE 12

Fecha de ingreso: 4/12/18


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Edgardo Cavallo

Domicilio: Chulcoy 1429-4°

Localidad: C.A.B.A.

Provincia: C.A.B.A.

Tipo y N° Doc: DNI 13757477

Teléfono: 15 31752209

Fecha de Nacimiento del alumno: 27-10-2003

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 45233356

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 22/10/18

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a VALENTINA DE GIULIO 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 MARIA SOLEDAD GONZALEZ y LUCCRECIA RAIMONDI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEH 1 DE 12 Julio Corraza

Fecha de ingreso: 04/12/18

Odete
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Valerie Odetti

Domicilio: ALVAREZ JAYE 3785 70 F

Localidad: CABA

Provincia: CABA

Tipo y N° Doc: DNI 22992110

Teléfono: 011-6435-7826

Fecha de Nacimiento del alumno: 18-06-02

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 44161727

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 30/10/2018

Señor
Ministro de Turismo

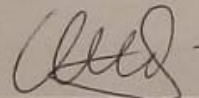
Por la presente autorizo a mis hija María Lucero Diacakis Giallorenzi a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es

MARIA S. GONZALEZ y LUCRECIA RAIMONDI
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEM 1 DE 12
Julio Cortázar

Fecha de ingreso: 4/12/18.



Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: Mercedes Giallorenzi

Domicilio: Checoslovaquia 4357

Localidad: CABA

Provincia: BS AS

Tipo y N° Dcc: 26102655

Teléfono: 01157324294

Fecha de Nacimiento del alumno: 19/02/2003

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 44713815

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha Buenos Aires, 29 de Octubre

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Sofía Mariel Jara 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
Maria Soledad Gonzalez y Lucrecia Raimondi
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: EEM 1 DE 12 Julio Cortázar

Fecha de ingreso: 4/12/18


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: V.F. NAVARRO

Domicilio: José E. Rodó 4246

Localidad: CABA

Provincia:

Tipo y N° Doc: 24435579

Teléfono: 1141818088

Fecha de Nacimiento del alumno: 07/07/2002

Tipo y N° Documento del alumno: DNI: 44161926

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: CABA, 29 de octubre de 2018

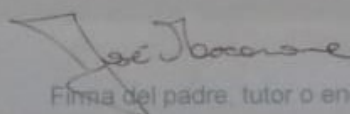
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MARTINA MACCARONE 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 Maria Soledad González Lucrecia Ramondi que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E E 17 DE 12 "JULIO CORTAZAR"

Fecha de ingreso: 4/12/18



Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: José Maccarone

Domicilio: Av. Gran Paz 11868

Localidad: CABA

Provincia: —

Tipo y N° Doc: DNI 20962976

Teléfono: 011 1568982522

Fecha de Nacimiento del alumno: 03/04/2003

Tipo y N° Documento del alumno: DNI: 44552480

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: CABA 31/10/11


Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a MAGNO ALDANA 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 MARIA SOLEDAD GONZALEZ Y LUCCIA RAIMONDI que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEH 1 DE 12 JULIO CORTAZAR

Fecha de ingreso: 4/12/18


Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: BEOS Patricia

Domicilio: Jose Benifreio 3182

Localidad: Capital

Provincia: BSAS

Tipo y N° Doc: 21671309 DNE

Teléfono: 1535897017

Fecha de Nacimiento del alumno: 31-01-03

Tipo y N° Documento del alumno: 44642090

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: 29/10/18

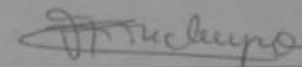
Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a RAHIS JOAQUÍN 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 Maria Soledad Gonzalez Luciana Ramirez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EM N°1 DE 12 Julio CORTAZAR

Fecha de ingreso: 4/12/18



Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: COACHEYRO CABA

Domicilio: POHACA HUA 1350 8603

Localidad: CABA

Provincia: _____

Tipo y N° Doc: DNI 16977852

Teléfono: 1559289916

Fecha de Nacimiento del alumno: 26/07/03

Tipo y N° Documento del alumno: 44937517 DNI

Ministerio de Turismo

Turismo Social

DECLARACION JURADA

Plan Escolar
Autorización Paterna

Lugar y Fecha: Buenos Aires, 29 de octubre del 2018

Señor
Ministro de Turismo

Por la presente autorizo a mis hijo/a Malena Zaccagnini a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Membria en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Soledad González y Guercia Paimardi que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.M 1 DE 12 "Julio Cortázar"

Fecha de ingreso: 04/12/18

Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: NORA CESPEDES

Domicilio: Av. Rivadavia 8481 piso 8 dto D

Localidad: C.A.B.A

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° Doc: DNI 17 88 770

Teléfono: 1551249802

Fecha de Nacimiento del alumno: 08/08/2002

Tipo y N° Documento del alumno: DNI 4448127



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
GONZALEZ

Nombre / Name
MARIA SOLEDAD

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
27 DIC / DEC 1978

Fecha de emisión / Date of issue
23 FEB / FEB 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 FEB / FEB 2028

Maria Soledad Gonzalez

FIRMA IDENTIFICADOI / SIGNATURE

Documento / Document
27.087.081

Trámite Nº / Qr. ident.
00167792678
8001



27087081



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 (IDENTIFICADO) SIGNATURE

Documento / Document

35.202.270

Trámite Nº / 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 Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **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

FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Documento / Document
44.937.517

Código de identificación / ID. ident.
00556824258
8001



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:

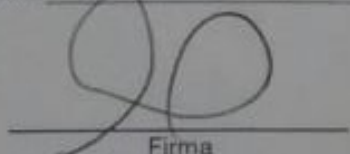
Nombre y Apellido: MARINA NOEMI TORRADO

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

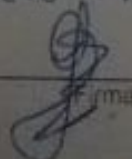
Teléfono 1541767088

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:

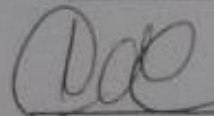
Nombre y Apellido: VALERIA ODETTI

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, 28 BCG: 1 SARAMPION: _____ TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MERCEDES GIALLORENZI

Teléfono: 1157324294

Cobertura 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

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^{to} 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)

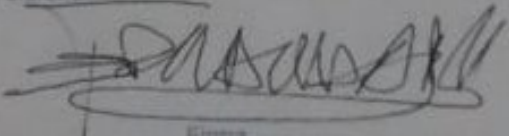
SABIN completa BCG completa SARAMPION completa TRIPLE completa

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: Fernanda Virginia Navarro Teléfono: 1541818088

Cobertura Médica: OSECAC Teléfono: _____

N° Afiliado: 44161976


 Firma
24433579

1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido MARTINA MACCARONE
 Domicilio del Titular AVENIDA GRAL PAZ 11263
 Ciudad CABA Provincia
 Tipo y N° de Documento 44552480 Teléfono 21170548
 Fecha de Nacimiento 030403

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 ALARGAMIENTO DE TENDON DE AQUILES

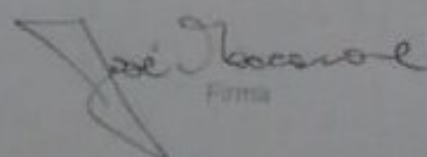
4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cual? _____

5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis) completas

SABIN BCG SARAMPION TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido JOSÉ MACCARONE Teléfono: 011 1568983522
 Cobertura Médica UNIÓN PERSONAL Teléfono:
 N° Afiliado 00 110879042


Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido VALENTINA HACCAIONEDomicilio del Titular AV. GUAYL PAB. 11268Ciudad CABA Provincia Tipo y N° de Documento DNI 41667683 Teléfono 1532479967Fecha de Nacimiento 171298

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

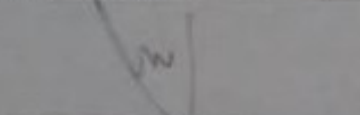
Especificar: _____

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: José MaccioneTeléfono: 1568983522Cobertura Médica: UNION PERSONALTeléfono: 1562572261N° Afiliado: 00110879026

 Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido **MAGNO Aldana Micaelz**
 Domicilio del Titular **Jose Benifzeio 3182**
 Ciudad **Capital** Provincia **Bs As**
 Tipo y N° de Documento **21671309 DNI** Teléfono **1535897017**
 Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Madre **REUS Patriz** Padre **MAGNO Miguel** 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? NO

Causa

3.3. Tiene algún tipo de alergia: NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? NO

Especificar

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? NO Especificar

4.3. Presenta alguna limitación física? NO Cual?

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: **SI** BCG: **SI** SARAMPION: **SI** TRIPLE: **SI**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: **REUS Patriz**

Teléfono: **1535897017**

Cobertura Médica: **OSBA**

Teléfono:

N° Afiliado: **05207725-00**

Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LUCRECIA RAIMONDI

Domicilio del Titular: HAURE 2966 DPTO D

Ciudad: BUENOSAIRES Provincia: BUENOSAIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 35202270 Teléfono: 1544248774

Fecha de Nacimiento: 23/04/90

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros (especificar): DOCENTE

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: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

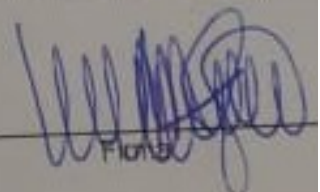
Nombre y Apellido: ALICIA GARCIA TUNÓN

Cobertura Médica: OBSBA

N° Afiliado: 0045577700

Teléfono: 15-5880-5592

Teléfono: 4953-7173



Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido JOAQUIN RAMISDomicilio del Titular PUMACAHUA 1350 PB 03Ciudad CANA Provincia Tipo y N° de Documento DNI 44937517 Teléfono 1553371907Fecha de Nacimiento 260703

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

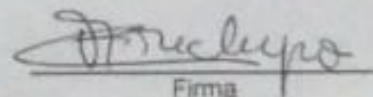
Especificar: _____

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: OLGA COXHEIRO Teléfono: 1559289916Cobertura Médica: GALENO AZUL Teléfono: _____N° Afiliado: 6301466806-10

Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: *Melena Zaccagnini*Domicilio del Titular: *Rivadavia 8481*Ciudad: *CABA*Provincia: *CABA*Tipo y N° de Documento: *DNI 44448127*Teléfono: *4123031809*Fecha de Nacimiento: *08/08/02*

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otro(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual?3.2. Durante los últimos 2 años fue infectado 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 Caridad de Dosis)

completa

SABIN

BCG

SARAMPION

TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: *Noira Céspedes*Teléfono: *1551249802*Cobertura Médica: *Galeno Oro*Teléfono: *1544966843*

N° Afiliado

Firma

