

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Alonso De la  
DNI N° 48506166 domiciliado en la calle Cd Franco 2275  
de la localidad de Berناليس T.E. 1153284581  
que concurre al Establecimiento Educativo N° ..... del distrito .....

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/  
..... a realizarse en la localidad de CHADNALA el/los días 10 del mes de  
Noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Alonso Jacobelli

DNI N° 34619309

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

1164203533 (Papá)  
1153284581 (Mamá)

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: / /

Apellido y Nombres del Alumno  
Alonso De la Nicolas

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal  
Alonso Jacobelli

Dirección Cd Franco 2275 Teléfono: 1153284581

Lugar a Viajar

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

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? NO

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

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: \_\_\_\_\_

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? NO

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario que conozca el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en ..... a los ..... días del mes de .....

del año ..... autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

Alonso Jacobelli

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Morán Candela Lucía  
 DNI N° 48435810 domiciliado en la calle 162 N° 1461  
 de la localidad de B. Oeste T.E. 1136330512  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito B. Oeste  
 a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/  
 a realizarse en la localidad de CHAPADMAL el/los días 10 del mes de  
Noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapadmalal

Fecha: 10/11 hasta el 13/11

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Silvia Cabanillas

DNI N° 93903913

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

1136330512  
1166797497

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS I SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 23.10.24

Apellido y Nombres del Alumno

MORAN Candela Lucía

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

Cabanillas González Silvia

Dirección Calle 162 N° 1461 Teléfono: 1136330512

Lugar a Viajar Chapadmalal

1. ¿Es alérgico? si ~~no~~ (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? \_\_\_\_\_

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

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: \_\_\_\_\_

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? \_\_\_\_\_

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Morán Candela Lucía

en B. Oeste a los 23 días del mes de 10

del año 24, autorizando por la presente a actuar, en caso de

emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los

datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

Silvia Cabanillas González

AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Yoel Flores  
 DNI N° 4836983 domiciliado en la calle 170 N 527  
 de la localidad de Bernal T.E. 1156981413  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito Quimes.

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/  
 a realizarse en la localidad de CHAPADMALAI el/los días 10 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapadmalai  
 Fecha: MOMICH RODRIGUEZ 10/11 al 13/11

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

MOMICA RODRIGUEZ  
 DNI N° 27610903

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

1156981413 (mamã)  
1154973980 (hermano)

REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 22/10/2024

Apellido y Nombres del Alumno

Flores Yoel Lautaro

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

Rodriguez Monica Marilyn

Dirección 170 entre Arien y Cereales Teléfono: 1156981413

Lugar a Viajar

Chapadmalai

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

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

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

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? .....

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Yoel Flores

en ..... a los 22 días del mes de 10

del año 2024 autorizando por la presente a actuar, en caso de

emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

MOMICH RODRIGUEZ

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a 2.14.2 la salida educativa

DNI N° 95.110.527 domiciliado en la calle 169 N° 518.

de la localidad de Bernal, T.E. ....

que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito .....

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/

..... a realizarse en la localidad de CHAPADMAL el/los días 10 del mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapadmalal

Fecha: 10/11/29

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Elita Stn Lopez. Elida Stn Lopez

DNI N° 95.110.527

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

11.68.73 1233 mamá

11 52 62.1605 tía.

11 60 51 33 92 hermano.

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 25/10/29

Apellido y Nombres del Alumno

Martinez Bar Analia Jazmin

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

Elida Lopez Elida

Dirección 169 N° 518 Teléfono: 11.68.73 1233

Lugar a Viajar

Chapadmalal

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

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

A la amoxicilina.

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

a) Procesos Inflammatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? .....

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en ..... a los ..... días del mes de .....

del año ..... autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o Elita Stn Lopez

Representante Legal Aclaración de la Firma

Elida Stn Lopez

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION

## INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Aguirre Sabrina Belén

DNI N° 47020375 domiciliado en la calle Misiones 511

de la localidad de Bernal T.E. 1102571637

que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito Quilmes

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/

..... a realizarse en la localidad de Chapamala el/los días 10 del mes de

noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno

por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos

indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapamala

Fecha: 10/11/2024

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Aguirre Sabrina Belén

DNI N° 47020375

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

x 1125240743 - Aguirre Geronimo

x 1134246292 - Pared Mirtha

x 1141817948 - Aguirre David

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

## REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 10/11/24

Apellido y Nombres del Alumno

Aguirre Sabrina Belén

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

Aguirre Geronimo Alfredo

Dirección Misiones 511 teléfono: 11 2524 0743

Lugar a Viajar

Chapamala

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

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x) NO

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

Aguirre Sabrina Belén

en Chapamala a los 10 días del mes de noviembre

del año 2024, autorizando por la presente a actuar, en caso de

emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los

datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

Aguirre Sabrina Belén

Aguirre Sabrina Belén

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN

## INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a

DNI N° 48298539

domiciliado en la calle

de la localidad de

que concurre al Establecimiento Educativo N° 6

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/

a realizarse en la localidad de

del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno

por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos

indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no

serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos

puedan llevar.

Lugar:

Fecha:

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N°

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

- 1157602675 (MAMA)

- 2169302085 (PAPA)

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

## REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha

Apellido y Nombres del Alumno

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

Dirección

Teléfono:

Lugar a Viajar

1. ¿Es alérgico? si no (tachar lo que no corresponda) No

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x) 10

a) Procesos Inflamatorios b) Fracturas o esguinces c) Enfermedades infecto-contagiosas 

d) Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando alguna medicación? si no (tachar lo que no corresponda) No

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? \_\_\_\_\_

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en

del año

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

SARA ANDREA CARROVE

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION

## INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Jonathan Alvarez  
 DNI N° 48.703.060 domiciliado en la calle Los Andes y 169  
 de la localidad de Bernal, T.E.

que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito Quilmes  
 a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/  
 a realizarse en la localidad de Chapadmalal el/los días 10 del mes de  
Noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno

por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapadmalal

Fecha: 10/11/24

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Dina Ysabel Benitez

DNI N° 96.206.177

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

## REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 10/11/24

Apellido y Nombres del Alumno

Jonathan Ramon Alvarez

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

Benitez Morinigo Dina Ysabel

Dirección Los Andes y 169 Teléfono: 1158467936

Lugar a Viajar

Chapadmalal

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

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? NO

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

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: .....

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? .....

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en ..... a los ..... días del mes de .....

del año ..... autorizando por la presente a actuar, en caso de

emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Dina Ysabel Benitez

Representante Legal Aclaración de la Firma

Dina Ysabel Benitez

AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARTINA MIA ARELLANOS DNI N° 48184608 domiciliado en la calle LOS ANDES 1574 de la localidad de BERNAL OESTE T.E. 1158023273 que concurre al Establecimiento Educativo N° del distrito a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/ a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL el/los días 10 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: BUENOS AIRES

Fecha: 26/10/24

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

DNI N° 92.528.533

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 26/10/24

Apellido y Nombres del Alumno ARELLANOS MANZO, MARTINA MIA

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal ARELLANOS OBLITAS, NEYLL HENRRY

Dirección LOS ANDES 1574 Teléfono: 1158023273

Lugar a Viajar CHAPADMALAL

1. ¿Es alérgico? si X (tachar lo que no corresponda) En caso de respuesta positiva: ¿a qué? AL POLVO

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

- a) Procesos Inflamatorios ( )
b) Fracturas o esguinces ( )
c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )
d) Otras: ( )

3. ¿Está tomando alguna medicación? X no (tachar lo que no corresponda) En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

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

5. ¿Tiene Obra Social? si X (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a MARTINA MIA ARELLANOS MANZO en a los 26 días del mes de OCTUBRE del año 2024, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

[Signature] Arellanos Oblitas Neyll Henry



AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a

~~Abel~~ **Abel Belem Grillo**

DNI N°

~~4875671~~ **4875671**

domiciliado en la calle

**Victorinos 1312**

de la localidad de

**Arenal D. T.E.**

**117361933**

que concurre al Establecimiento Educativo N°

**6**

del distrito **QUINCES**

a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/

a realizarse en la localidad de

**CHAPACHALAL**

el/los días **10**

del mes de

**NOVIEMBRE** del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

DNI N° **24107579**

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

**117361933 - MADRE**

**1161846360 - PADRE**

**1162364978 - HERMANO**

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del Alumno

**Abel Belem Grillo**

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

**CLAUDIA P. CASH**

Dirección

**Victorinos 1312**

Teléfono: **117361933**

Lugar a visitar

**CHAPACHALAL**

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

En caso de respuesta positiva: ¿a qué? **Si A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA A FRIJO SOLO ESTOY NUDO**

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

a) Procesos Inflamatorios

b) Fracturas o esguinces

c) Enfermedades infecto-contagiosas

d) Otras: \_\_\_\_\_

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? \_\_\_\_\_

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

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

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet. **OSSEC**

Deje constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a

**Abel Belem Grillo** en **Arenal** a los **10** días del mes de **2024**

del año \_\_\_\_\_ autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

**Carmen Claudia P. CASH**  
**MSMA**

## AUTORIZACION SALIDA EDUCATIVA/ SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Por la presente autorizo a mi hijo/a Pablo Elias Lopez  
 DNI N° 47548744 domiciliado en la calle 165 / 708  
 de la localidad de Bernal D. T.E. 11 36804192  
 que concurre al Establecimiento Educativo N° 6 del distrito Quilmes  
 a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional/  
Chapadmalat, a realizarse en la localidad de Mar de Plata el/los días 10 del mes de  
noviembre del presente ciclo lectivo.

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Lugar: Chapadmalat  
 Fecha: 10/11/24

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal:

Juana B. Chaparro Da Rosa

DNI N° 45028671

Teléfono de Urgencia (consignar varios)

## PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha 10/11/24

Apellido y Nombres del Alumno

Lopez Pablo Elias

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

Da Rosa Chaparro Beatriz Juana

Dirección 165 / 708 Teléfono:

Lugar a Viajar

Chapadmalat

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

NO

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?

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

a) Procesos Inflamatorios  NO

b) Fracturas o esguinces  NO

c) Enfermedades infecto-contagiosas  NO

d) Otras: NO

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

NO

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

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

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

NO

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet. NO

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

en ..... a los ..... días del mes de .....

del año ..... autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal Aclaración de la Firma

Juana B. Chaparro Da Rosa

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:	10/11/2024	
<b>Referencia:</b> <small>(en caso de haber sido indicado)</small>		

seleccionar  
seleccionar



Ministerio de  
Turismo y Deportes  
Argentina

**TURISMO SOCIAL**  
[gentina.gob.ar/turismoydeportes/social](http://gentina.gob.ar/turismoydeportes/social)

**TARIFAS**

**El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obtención de las plazas, tampoco se anticipa reservas.**

**El primer integrante de la planilla se considera como el titular de la reserva**

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones
1	16.900.898	RIVERA	CAROLINA	31/12/1963	Sin cargo	no completar	no completar
2	93.258.160	MILLAHUEIQUE BASTIAS	MARIBEL	19/05/1965	Sin cargo		
3	48.506.166	ACUÑA	DYLAN	02/02/2008	Sin cargo		
4	47.020.375	AGUIRRE	SABRINA BELEN	22/02/2005	Sin cargo		
5	48.703.060	ALVAREZ BENITEZ	JONATHAN	21/04/2008	Sin cargo		
6	48.184.608	ARELLANOS MANZO	MARTINA	13/09/2007	Sin cargo		
7	48.243.534	CHACON	SALOME WANDA	15/09/2007	Sin cargo		
8	48.369.830	FLORES	YOEL LAUTARO	09/12/2007	Sin cargo		
9	48.756.271	GRILLO	ABRIL BELEN	21/04/2008	Sin cargo		
10	47.548.744	LOPEZ	PABLO ELIAS	14/10/2007	Sin cargo		
11	48.448.305	MARTINEZ	FLOR ANALIA	05/12/2007	Sin cargo		
12	48.435.810	MORAN	CANDELA LUCIA	20/11/2007	Sin cargo		
13					Sin cargo		
14					Sin cargo		
15					Sin cargo		

Tipo de discapacidad (Solo en caso de cargar motivo Discapacidad)	Sexo
no completa	