

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta II Km 34½, CP 7605.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutua de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

.....
.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a AUSTALIARSE
MIRHO ROMAN DNI 97737754 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
..... FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		X	N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1136824800 MAMA
1155793642 HERMANA
1136473234 HERMANA

1. DATOS

Nombre y Apellido: A C O S T A I Z L A R E S E A I R K O R O M A N U
Domicilio del Titular: A C O W 9 U L J P 2 8 4
Ciudad: B O S Q U E S Provincia: B S A S
Tipo y N° de Documento: D N I 2 1 4 9 8 3 7 9 5 Y Teléfono: 1 1 3 6 8 2 9 8 0 0
Fecha de Nacimiento: 1 5 1 2 0 0

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

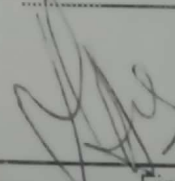
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: IZARRA ZOLA NICOLAS Teléfono: 11 3682 4800
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma José Daniel Acosta
DNI. 21.498.?



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



Apellido / Surname
ACOSTA ILLARSE

Nombre / Name
MIRKO ROMÁN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 DIC/ DEC 2006

Fecha de emisión / Date of issue
06 SEP/ SEP 2023

AREA DEL IDENTIFICADO SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 SEP/ SEP 2038

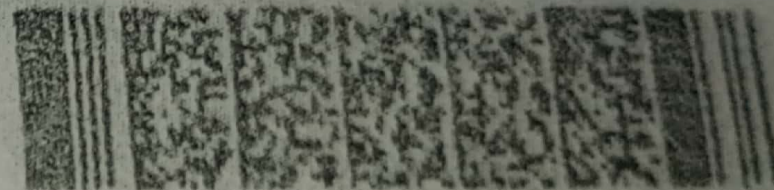
Documento / Document

47.737.751

Trámite N° / Of. Ident.

00710240064

7886



1. DATOS

Nombre y Apellido: Alejo Alberto Illaso

Apellido del Titular: Alejo Alberto Illaso

Ciudad: Bosques Provincia: B.S. AS

Tipo y N° de Documento: D.I. 193737257 Teléfono: 1136829800

Fecha de Nacimiento: 16/2006

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros (especificar) _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
 Especificar _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

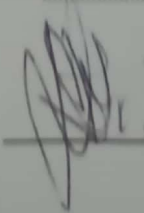
SABIN Si BCG Si SARAMPION Si TRIPLE: Si COVID: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: Illaso Sonia Alicia Teléfono: 43682-4800

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


 Firma José María Acosta
DNI. 21.498.731

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34¹/₂, CP 7605.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS 3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

.....
.....
.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Zolien Alexis Bardon
DNI 48 034 313 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

Padre 1128180031 (Marco)
Madrestra 1123487876 (Yesica)
Abuela 1150436588 (Virginia)
Tia 1176392457 (Ayelen)



Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Boridan Marco...DNI: 33362620.....

Fecha:...04../.....11./...2024.....



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

Apellido / Surname
BORDON

Nombre / Name
JULIAN ALEXIS

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

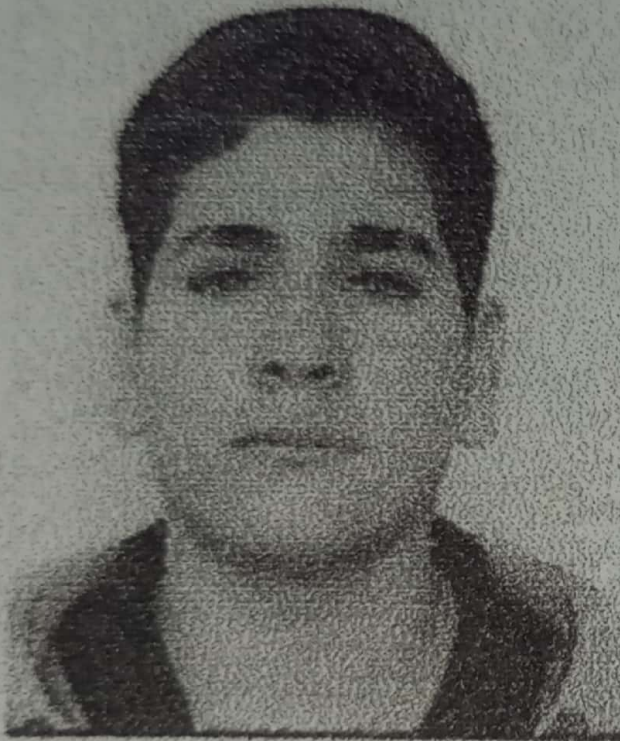
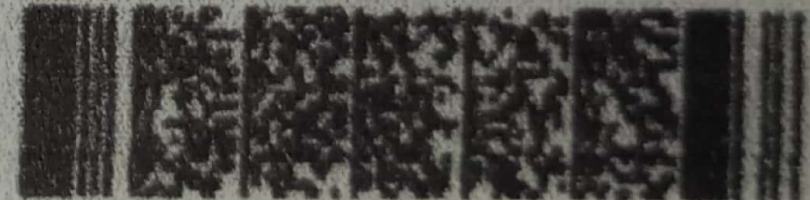
Fecha de nacimiento / Date of birth
06 ABR / APR 2007

Fecha de emisión / Date of issue
13 MAY / MAY 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
13 MAY / MAY 2037

Trámite N° / Of. ident.
00688795456
7366



FORN MCHUBS 24/04/2014

Documento / Document
48.034.313

DOMICILIO: 892 BIS 1077 - SAN FRANCISCO SOLANO -
QUILMES - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES


Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 20-48034313-2

HUELLA
DACTILAR

IDARG48034313<4<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0704065M3705133ARG<<<<<<<<<<<<<<4
BORDON<<JULIAN<ALEXIS<<<<<<<<<<<<

1. DATOS

Nombre y Apellido JULIAN ALEXIS BORDON
Domicilio del Titular Cramer 665
Ciudad Bosques Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48034313 Teléfono 1128180031
Fecha de Nacimiento 060407

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): —

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? —

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: —

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


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

5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Bordon Marco (Padre) Teléfono: 1128180031
Cobertura Médica: — Teléfono: —
N° Afiliado: —


Bordon Marco alexis.
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ANDREA CLIZABETH CABRERA
Domicilio del Titular DARDO ROCHA 2062 EX242
Ciudad FVARELA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 22848383 Teléfono 1121704256
Fecha de Nacimiento 190872

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 1 BCG: 3 SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: JORGE EUGENIO CABRERA Teléfono: 1127133060

Cobertura Médica: IOA Teléfono: _____

N° Afiliado: 2228483837


Firma



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

Apellido / Surname
CABRERA

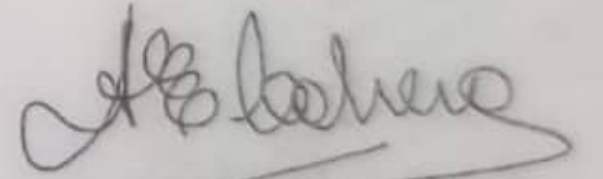
Nombre / Name
ANDREA ELIZABETH

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 AGO / AUG 1972

Fecha de emisión / Date of issue
18 DIC / DEC 2019

Fecha de vencimiento / Date of expiry
18 DIC / DEC 2034


 FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

22.848.883

Trámite Nº / Of. ident.
 00622346386
 7590



22848883

REPUBLICA ARGENTINA

DOMICILIO: DARDO ROCHA 2062 B^a CRUCE VARELA -
FLORENCIO VARELA - FLORENCIO VARELA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES



E. de Pedro

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



CUIL: 27-22848883-1

PULGAR

IDARG22848883<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
7208193F3412189ARG<<<<<<<<<<<<<<<<0
CABRERA<<ANDREA<ELIZABETH<<<<<<

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 09/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

CompañíaAseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL
PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL.
PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Campesita Candela Quimer
DNI. 49250065 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13..... Del mes de NOVIEMBRE..... del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra	
		X	Social/Prepaga	
			N° Socio	

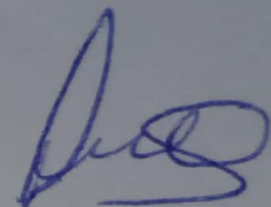
Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer 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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

11 5952 3806 (Guillermo Padraño)
11 6372 7071 (Juliana Mermana)
11 5909 5120 (Mamá)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:



..Acuña...DNI: 27924480.....

Fecha: ...04../.....11./...2024.....



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



RENAPER EMISION 002

Apellido / Surname
CAMPOVILA

Nombre / Name
CANDELA QUIMEY

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 OCT / OCT 2008

Fecha de emisión / Date of issue
25 MAY / MAY 2023

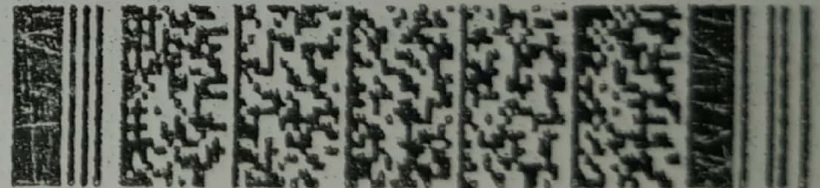
Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 MAY / MAY 2038

CANDELA

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document
49.250.065

Trámite N° / Of. ident.
00705566928
9005



1. DATOS

Nombre y Apellido: CANDELA GUILLERMA CAMPOUZZA
Domicilio del Titular: SAN ANTONIO 923
Ciudad: BOSQUES Provincia: B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento: D.N.I. 49230065 Teléfono: 1159095100
Fecha de Nacimiento: 17/10/08

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros (especificar) _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

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: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

PERSONAS A LAS QUE DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Argañón Clara Teléfono: 115909512
Cargo Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

[Firma]
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaría de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREAS TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS 3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Isaura Naomi Cantero Cuenca
DNI 48 988 506 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		X	N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1195897768 mama

1153454379 papa

Blca

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Blanca Lidia Cuena DNI: *94.991931*

Fecha: ...04../.....11./...2024.....



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



RENAPER EMISION 002

Apellido / Surname
CANTERO CUENCA

Nombre / Name
KARINA NOEMI

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 AGO / AUG 2008

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

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

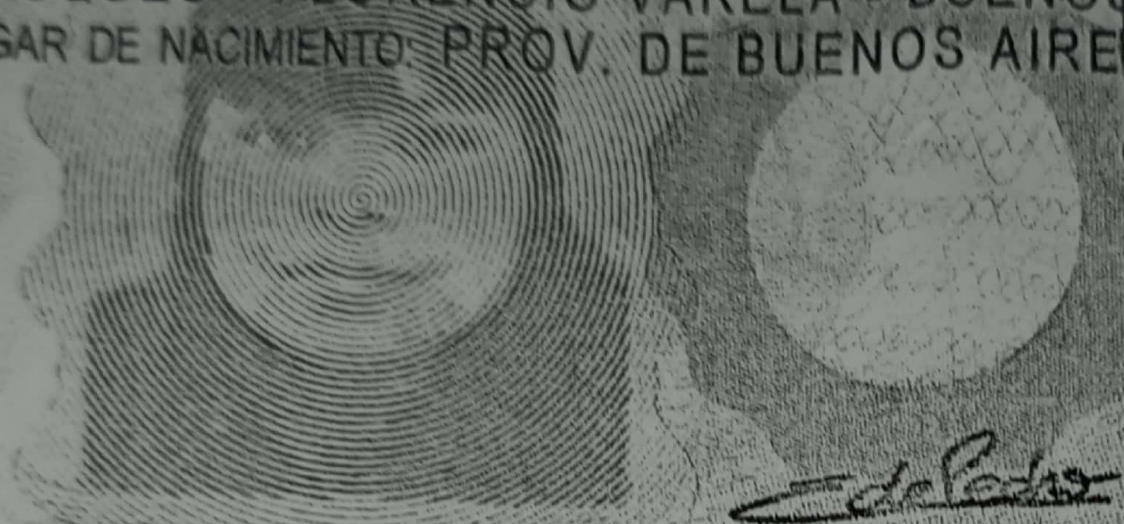
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document
48.988.506

Tramite N° / Of. ident.
00695404192
7886



DOMICILIO: BECQUER 845 B° BOSQUES NORTE
BOSQUES - FLORENCIO VARELA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



Dr. Eduardo E. de Pedro
Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-48988506-4
B1P05CB6392F5334E231DDDA3F5B9B5E

HUELLA
DACTILAR

IDARG48988506<4<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0808170F3710139ARG<<<<<<<<<<<<<<<<4
CANTERO<CUENCA<<KARINA<NOEMI<<

1. DATOS

Nombre y Apellido: BARBILUAMPOEHI CAUCCROGUEUCA
Domicilio del Titular: BOGOTUBENS
Ciudad: BOGOTUBENS Provincia: BOGOTUBENS
Tipo y N° de Documento: D1148898506 Teléfono: 1135897768
Fecha de Nacimiento: 170808

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Blanca Lidia Cuenca Teléfono: 1135897768

Abertura Médica: _____ Teléfono: _____

Afiliado: _____

[Firma]
Blanca Lidia Cuenca
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 09/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS 3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A.

Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa:

Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del

gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000

Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN

Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE
0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a García, Lautaro Damian

DNI.....48286042..... que concurre al Establecimiento Educativo

.....EES..... N°.....63.... del distritoFLORENCIO

VARELA..... a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 09 AL 13..... Del
mes de NOVIEMBRE..... del presente ciclo lectivo.

x Bps Alicia me
x cegas Alici Noemi
x 33082281

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable).

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		No	Nº Socio	

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

Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

Papá: 11 27 78 76 86

hno Eliá: 11 57 72 72 55

hno Braian: 11 27 49 61 85

Cuñada Natalia: 11 50 17 68 80

mamá: 11 56 40 45 82

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Elias Garcia me

DNI: * 33 082 281

Fecha: 4 / 11 / 24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

1. DATOS

Nombre y Apellido LAUTARO DOMINIAN GARCIA
Domicilio del Titular CALINGASTA N389
Ciudad BOSQUES Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DN 148286042 Teléfono 1156404582
Fecha de Nacimiento 150807

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? —

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

Causa: —

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

(*) Síntomas: —

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: —

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

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

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Cejas Alicia Noemí

Teléfono: 1156404582

Obertura Médica: —

Teléfono: —

Afiliado: —

Alicia Noemí Cejas
Firma y Aclaración
cejás Alicia Noemí

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutua de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a MIRANDA WALTER ESTEBANA
DNI 48.168.144 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	<u>NO</u>	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1131758193 (PAPA)

1150539162 (MAMA)

1168458323 (HERMANA BARBARA)

Antonio Miranda

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

ANTONIO MIRANDA DNI: *16 226 220*

Fecha: ...04../.....11./...2024.....



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Apellido / Surname
MIRANDA

Nombre / Name
WALTER ESTEBAN

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
26 JUN/ JUN 2007

Fecha de emisión / Date of issue
27 MAY/ MAY 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 MAY/ MAY 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

48.168.144

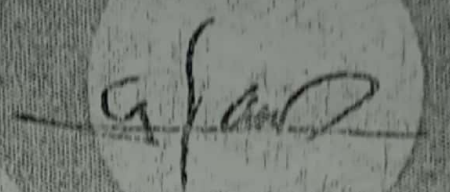
Trámite N° / Of. ident.
00721000524
8261




RENAPER EMISION 002

DOMICILIO: AV BOSQUES 1275 - BOSQUES - FLORENCIO
VARELA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-48168144-9
REPUBLICA ARGENTINA - BUENOS AIRES 2014



Dr. Guillerino A. Francos
Jefe de Gabinete de Ministros



HUELLA
DACTILAR

ID ARG 48168144 < 0 < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < <
0706265M3905276 ARG < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < 6
MIRANDA < < WALTER < ESTEBAN < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < < <

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: WALTER ESTEBAN MIRANDA
Domicilio del Titular: AV. BOSQUES 1275 B. BOSQUES C
Ciudad: FLORE VARELA Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DN 148168144 Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: 260607

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: COMPLETA BCG: COMPLETA SARAMPION: COMPLETA TRIPLE: COMPLETA COVID: 4 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Antonio Miranda Teléfono: 1131758193
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Antonio Miranda
Firma y Aprobación

WALTER MIRANDA

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: Yolanda Mercedes Hernández
Demanda del Títular: Actitudinal Berrutti 3751
Ciudad: Florida Provincia: San Andrés
Tipo y N° de Documento: 1993917342 Teléfono: 1138023322
Fecha de Nacimiento: 141280

2. INFORMANTE

Títular Padre/Madre Otro(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: no

3.3 Tiene algún tipo de alergia SI (*) NO

(*) Síntomas _____

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 COVID Si (3)

6. CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: Yolanda Mendez

Teléfono: 1164523459

Profesión Médica: io ma

Teléfono: _____

DNI: 1993917342-100


Firma



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

EXTRANJERO



Nombre / Name
JORGE RAUL

Apellido / Surname
MUNEZ FERNANDEZ

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
PARAGUAYA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 DIC / DEC 1980

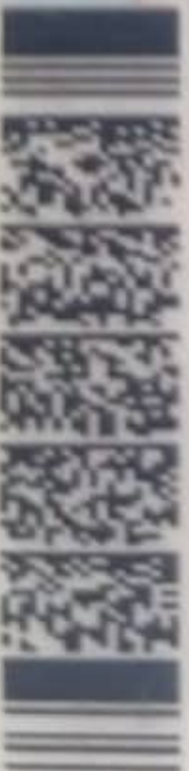
Fecha de emisión / Date of issue
05 SET / SET 2012

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 SET / SET 2027

FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE

Documento / Document
93.917.547

Trámite Nº / Of. Idem.
00131930040
7027



93917547

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón, Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta II Km 34^{1/2}, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a ISAÍAS JOSUE
PIEDRABUENA DNI 48.44.9091 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
..... FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida,
como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a
utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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
estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años
de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan
llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consigñar varios)

MORENA HERMANA: 11.3913.3767
ROMINA 11.7.1168901143
LUCAS 11.7.1165877148
PAPA: WALTER = 11.59662587

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

José Luis HERREDA...DNI: 26384868.....
MARISA

Fecha: ...04../.....11./...2024.....

SQUES - FLORENCIO VARELA - BUENOS
CIMENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



HÜELLA
DACTILAR

Eduardo E. de Pedro

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 20-48449091-1

IDARG48449091<7<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0712187M3803109ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
PIEDRABUENA<<ISAIAS<YOSUE<<<<<<<

1. DATOS

Nombre y Apellido MELISA IRES HERKERE
Domicilio del Titular LISEANDRO DE LA TORRE 7470
Ciudad REYNOLCEN Provincia ASAS
Tipo y N° de Documento A0148449097 Teléfono
Fecha de Nacimiento 7/9/2007

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MELISA IRES HERKERE Teléfono: 435922926
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Melisa Ires Herkere
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL
PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL.
PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Israel Ester Portillo
DNI 48235492 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
..... FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> SI	NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	<u>O.S.P.P.C. y Q.</u>
			N° Socio	<u>3-48235492-3</u>

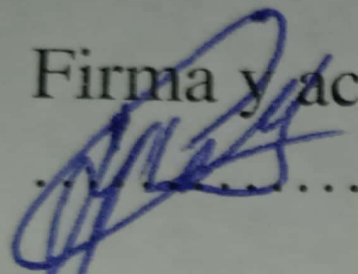
Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer 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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1169615479 (P2P2)
1134131129 (M2M2)
1125597480 (HUMANO)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 Portello Jim DNI: 30 367 584

Fecha: ...04../.....11./...2024.....



Credencial



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS**
RNDS 114109

PORTILLO JAEL ESTER

DNI : 48235492

CUIT/CUIL : 27-48235492-6
BENEF. N° : 3-48235492-3
SECCIONAL : BERNAL

EMPRESA :

CARTOCOR S.A.

Vencimiento: 27/11/2024

PORTILLO JUAN PABLO

CENTURION ESTEFANIA NOELIA

PORTILLO EMANUEL DAVID

PORTILLO JAEL ESTER



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

Apellido / Surname
PORTILLO

Nombre / Name
JAELESTER

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
31 AGO / AUG 2007

Fecha de emisión / Date of issue
07 DIC / DEC 2018

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 AGO / AUG 2022

JAELE PORTILLO

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



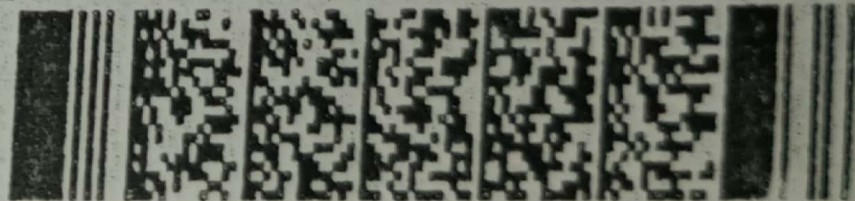
Documento / Document

48.235.492

Trámite N° / Of. ident.

00574502709

7595



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: J A E L E S T E R P O R T I L L O
Domicilio del Titular: C A M I L A O G O R M A N N I G O
Ciudad: B O S Q U E S Provincia: B E A S
Tipo y N° de Documento: D N I 4 8 2 3 5 4 9 2 Teléfono: 1 1 3 4 1 3 1 1 2 9
Fecha de Nacimiento: 3 1 0 8 0 7

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 2 (dosis)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ESTEFANIA CENTURION Teléfono: 1134131129
Cobertura Médica: OrtoCar S.A. Teléfono: -
N° Afiliado: 3-48235492-3

Estefanía Centurión
Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34¹/₂, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS 3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutua de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a SIR ANPELES ANAHÍ
DNI 48240432 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

	SI	NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
Tiene Obra Social/Prepaga	X			<u>OSP SA</u>
			N° Socio	<u>27.34977800.4/02</u>

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida,
como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a
utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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
estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años
de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan
llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1130557850 MAMA'
1166046820 PADRASTRO
1136324208 TIA
1166812711 ABUELO
1132586668 TIA

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Palmirino Yesica

.....  DNI:..... 34977800

Fecha: ...04../.....11../...2024.....



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA
SANIDAD
A R G E N T I N A



ANGELES ANAHI SIR
27-34977800-4/02

DNI 49.240.472

Filial 07.00

Plan PL1



Token



382

Compartir



QR



DATAMATRIX

COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS

El uso de la credencial es exclusivo de su titular y debe presentarse con el documento de identidad.

Cerrar sesión



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

Apellido / Surname
SIR

Nombre / Name
ANGELES ANAHI

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 DIC / DEC 2008

Fecha de emisión / Date of issue
16 ENE / JAN 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
16 ENE / JAN 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

49.240.472

Trámite N° / Of. N°

00715447448

8273



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ANACLETO ANAHÍ SILVA
Domicilio del Titular 0608002557/BE NE JERONIMO DE AVILA BOSSQUE
Ciudad F. VARELA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 4E240472 Teléfono * 1130557850
Fecha de Nacimiento 121208

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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


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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Palomino YASICA Teléfono: 1130557850
Cobertura Médica: OSPSA Teléfono: 1166046820
N° Afiliado: 27.349778004/02


Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido: CLARA-ROSA-SOSA
Domicilio del Titular: GALLEGOS N 683
Ciudad: FV
Tipo y N° de Documento: DNI 24540672
Provincia: BS. AS.
Teléfono: 1164994302
Fecha de Nacimiento: 200410

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros (especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual?

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

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

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:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 3 (do)

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Nadir Lopez

Teléfono: 1136185400

Profesión Médica: IOMA

Teléfono:

Celular: 2224540672 8/00

Firma
Sosa Clara



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

Apellido / Surname
SOSA

Nombre / Name
CLARA NORA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA E

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 ENE/ JAN 1976

Fecha de emisión / Date of issue
05 OCT/ OCT 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 OCT/ OCT 2038

Trámite N° / Of. ident.
**00711688842
 7614**



HEMPER EMIRON 002

Documento / Document
24.540.672

[Handwritten Signature]

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE



24540672

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta II Km 34¹/₂, CP 7605.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS
3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutua de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN
Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL
PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL.
PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a ULLA VALENTINA MAGALI
DNI. 48775860 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
..... FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida,
como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a
utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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
estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años
de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan
llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1133005568 MAMÁ
1159039392 PAPA
1144937898 HERMANA WDMILA

Luisa Luisa

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

.....*LUISA*.....DNI:.....*29266589*.....

Fecha:...04../.....11../...2024.....



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

Apellido / Surname
 ULLUA

Nombre / Name
 VALENTINA MAGALI

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
 F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
 02 MAY / MAY 2008

Fecha de emisión / Date of issue
 22 NOV / NOV 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
 22 NOV / NOV 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Valentina Magali Ullua

REAPER EMISIÓN 002



Documento / Document

48.775.860

Trámite N° / Of. ident.

00713607122

7886



1. DATOS

Nombre y Apellido: VALENTINA MAGAZZI VILLVA
Domicilio del Titular: JUAN B JUSTO N 1447
Ciudad: BOSQUES Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DN 148775860 Teléfono: 1133005568
Fecha de Nacimiento: 020508

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? —

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

Causa: —

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

(*) Síntomas: —

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: —

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2 (dosis)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUISA NOEMI CIUCIO

Teléfono: 1133005568

Cobertura Médica: —

Teléfono: —

N° Afiliado: —

Firma y Aclarar

CIUCIO LUISA

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O

RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: CIERRE ANUAL PROGRAMA JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: FLORENCIO VARELA, ^{09/11/2024} 10/11/2024, 23:45 hs aproximadamente

Lugar, día y hora de regreso: CHAPADMALAL, 13/11/2024 8:00 HS aproximadamente

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico de Chapadmalal, partido de General Pueyrredón. Hoteles N° 5 y 8 del Complejo Turístico de Chapadmalal, que depende de la secretaria de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación, ubicado en Ruta 11 Km 34½, CP 7605.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CABRERA ANDREA TE 1131704256,

NUÑEZ JORGE TE 1138623327

SOSA CLARA TE 1164936542

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

MICRO DESIGNADO POR LA COMISION PROVINCIAL DE LA MEMORIA RS 3871/24.....

DATOS DE LA EMPRESA MARILAO SA Nombre de la empresa o razón social: MARILAO S.A. Nombre del gerente o responsable: Javier Velázquez Domicilio del propietario de la empresa: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono de la empresa: (011) 43036000 Domicilio del gerente o responsable: Av Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A) Teléfono: (011) 43036000 Teléfono móvil: (011) 43036000 Titularidad del vehículo: MARILAO S.A.

Compañía Aseguradora: Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros PROTECCIÓN Tipo de seguros: Responsabilidad civil....

Otros datos de la Infraestructura disponible: ...SALAS CAPS 24 HORAS GRAL PUEYRREDON.....TE 0223 469 9296 COLONIA CHAPADMALAL UNIDAD TURISTICA

.....
.....
.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CENTRO DE SALUD CHAMADMALAL, 24 HORAS MUNICIPIO DE GRAL. PUEYRREDON, PARTIDO DE LA COSTA.

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOFIA JAZMIRA VERA ALDERETE
DNI 950652756 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° 63 del distrito
..... FLORENCIO VARELA a participar de la Salida Educativa / Salida
de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL,
PARTIDO DE GRAL PUEYRREDON el/los día/días 10 AL
13 Del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo
y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		NO	N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a las/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 estudiante 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 las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1162706358 MAMA
1139060145 PADRASTRO

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Marilyn Aldrete DNI: 95 658 716

MARILYN ALDRETE SINA

Fecha: ...04../.....11./...2024.....



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



Apellido / Surname
VERA ALDERETE

Nombre / Name
SOFIA JAZMIN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F PARAGUAYA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / Date of birth
26 ABR / APR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
24 FEB / FEB 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 FEB / FEB 2039

Sofia Jazmin A
RA
 FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

95.652.757

Trámite N° / Of. ident.

**00716418130
 7886**



RENAPER EMISIÓN 007

1. DATOS

Nombre y Apellido: SOPHIA JAZMIN VERA ALDERETE
Domicilio del Titular: LISANTRO D. LATORRE 1687
Ciudad: BOSQUE NORT Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 95652767 Teléfono: 7762706358
Fecha de Nacimiento: 26/4/9

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: MAMA 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 COVID: 9

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marilyn Alderete

Teléfono: 7762706358

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 7739060745

N° Afiliado: _____

Marilyn Alderete
Firma