

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:	Complejo Chapadmalal	
Fecha de Ingreso:	16/11/2024	
Referencia: <small>(en caso de haber sido indicado)</small>	Hoteles 5 y 8 Tanda 6	



Ministerio de
Turismo y Deportes
Argentina

TURISMO SOCIAL

entina.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	Tipo de discapacidad (Solo en caso de cargar motivo Discapacidad)	Sexo
1	48.292.564	Campos	Antonella	18/10/2007	Sin cargo	no completar	no completar	no completa	Femenino
2	48.092.506	Carrizo	Carla Guillermina	12/05/2007	Sin cargo				Femenino
3	26.906.870	Cuscó	Luciana Gabriela	26/10/1978	Sin cargo				Femenino
4	47.682.797	Dragone	Morena	11/02/2007	Sin cargo				Femenino
5	47.518.087	Estelrich	Pilar	30/10/2006	Sin cargo				Femenino
6	48.292.531	Franco	Francisco Leonardo	14/09/2007	Sin cargo				Masculino
7	48.634.945	Galván	Serena	29/06/2008	Sin cargo				Femenino
8	48.442.556	Galván Barragán	Delfina	31/12/2007	Sin cargo				Femenino
9	48.292.530	Gaute	Maico Leonel	14/10/2024	Sin cargo				Masculino
10	47.883.313	Lemos	Josefina Abril	30/01/2007	Sin cargo				Femenino
11	25.661.357	López	Amparo Genoveva	16/11/1995	Sin cargo				Femenino
12	47.476.924	Luján	Tomás	16/08/2006	Sin cargo				Masculino
13	48.700.777	Montenegro	Geraldine	12/05/2008	Sin cargo				Femenino
14	47.477.211	Montenegro	Nicole	31/07/2006	Sin cargo				Femenino
15	48.372.950	Ramirez	Leonel Hernán	03/11/2007	Sin cargo			femenino	Masculino

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CS CASAS, 31 DE OCTUBRE 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ANTONELA CAMPOS a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHPPADMO LAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es LOPEZ, GENOVEVA, CUSCO, LUZIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 2

Fecha de ingreso: 16/11/2024
7:00 HS

Marta Barrios
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Marta Barrios

Domicilio: RHARER EXPERIMENTAL

Localidad: Bellocoy

Provincia: BSAS

Tipo y N° doc: 23530132

Teléfono: 2395413635

Fecha de nacimiento el/la menor: 18/10/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 40.292.564.

1. DATOS

Nombre y Apellido: ANTONELLA CAMPOS
Domicilio del Titular: CHACABEA EXPERIMENTAL S/N
Ciudad: BELLOSO Provincia: BS. AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 48282564 Teléfono: 2395 413635
Fecha de Nacimiento: 191503

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? PSORIASIS
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: PSORIASIS
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

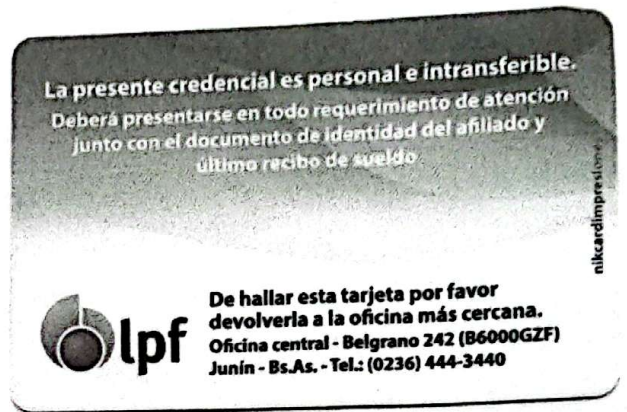
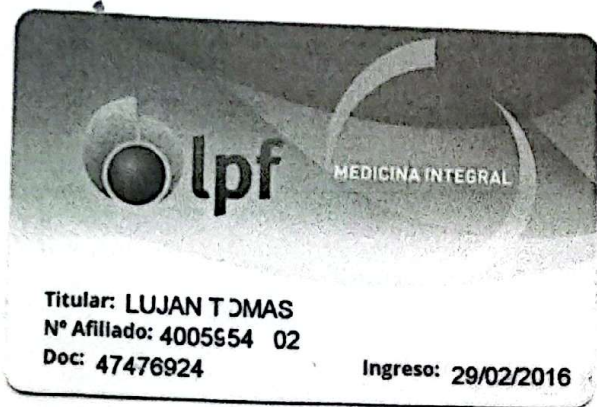
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARTA BARRIOS Teléfono: 2395-413635
Cobertura Médica: IDMA Teléfono:
N° Afiliado: 23530132/05

MARTA BARRIOS
Firma




Prof. María N. Santellán
Directora E.E.S. N° 2
Carlos Casares

**Dirección General Cult. y Educ.
Esc. de Educ. Secundaria N° 2
BELLOCO - Carlos Casares**

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

C. CASARES

Lugar y Fecha: Belloco, 1/11/24

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CARRIZO Guillermina a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CARRADNALAI, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. LOPEZ, GENOVEVA A., CUSCO, LUCANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: RES N° 2

Fecha de ingreso: 16/11/2024

7:00 HS

Milán Yesica Valeria

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

MILAN YESICA VALERIA

Aclaración:

Domicilio:

BELLOCO

Localidad:

CARLOS CASARES

Provincia:

BS-AS

Tipo y N° doc:

DNI 33.003.587

Teléfono:

(2396) 439656

(2396) 430508

Fecha de nacimiento el/la menor:

12/05/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 48.092.506

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido G U I L L E R M I N A F C A R L A F C A R R I Z O
Domicilio del Titular B E L L O C - C A L C E 2 1
Ciudad C A R L O S C A S A R E S Provincia B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento D N I 4 8 0 9 2 5 0 6 Teléfono 2 3 9 6 4 3 9 6 5 6
Fecha de Nacimiento 1 2 / 0 5 / 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: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MILÁN YESICA VALERIA Teléfono: 2396 439656
Cobertura Médica: OSPREA Teléfono: 2396 430508
N° Afiliado: 48.092.506

Milán Yesicoblin
Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CARLOS CASARIS, 31 de DUBAI de 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MOHENA MAGONE a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHUPADMALCH, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(a) es LALEZ GENOVINA LUISA LUISANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 2

Fecha de ingreso: 16-11-2024
7:00 hs

of
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: LAURA LETIA

Domicilio: BELOCO - Av 10

Localidad: BELOCO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 47.682.797

Teléfono: 2386 - 43 1452

Fecha de nacimiento el/la menor: 11 de Febrero de 2007

Tipo y N° documento el /la menor: 47.682.797

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MORGENA DRAGONE
Domicilio del Titular BELECOCQ
Ciudad BELECOCQ Provincia BEAUFORT
Tipo y N° de Documento DN547682797 Teléfono
Fecha de Nacimiento 10207

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: / BCG: / SARAMPION: / TRIPLE: / COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LAUSA LEIVA Teléfono: 2386.431452
Cobertura Médica: - Teléfono: -
N° Afiliado:

[Firma]
Firma

Buenos Aires
Provincia

IOMA

DRAGONE MORENA

CUIL

938

2 doc 47.682.797

AFILIADO N° 223232271603

147-02



Es copia fidel


Prof. María N. Santellán
Directora E.E.S. N° 2
Carlos Casares

Dirección General Cult. y Educ.
Esc. de Educ. Secundaria N° 2
BELLOCO - Carlos Casares

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: C. CASARES, 31 DE OCTUBRE DE 2024

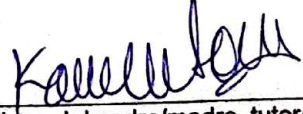
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ESTELRRICH, PILAR a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras LOPEZ, GENOVEVA AMPARO - CUSCO, LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 2

Fecha de ingreso: 16/11/2024
7:00 HS


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: SARCHIONE KARINA
Domicilio: BELLOCQ - CARLOS CASARES -
Localidad: BUENOS AIRES
Provincia: DNI:
Tipo y N° doc: 24.917.017
Teléfono: 02395 - 405558
Fecha de nacimiento el/la menor: 30/10/2006
Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.510.007

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido PI LAR ESTELRRICH
Domicilio del Titular CALLE 10
Ciudad BELLOCQ Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento DNE47518087 Teléfono 2395405558-
Fecha de Nacimiento 301006

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: KARINA SARCHIONE

Teléfono: 02395-494076

Cobertura Médica: IOMA

Teléfono: _____

N° Afiliado: 22 49170175/03

KARINA SARCHIONE
Firma

SARCHIONE, KARINA

REPUBLICA ARGENTINA - GOBIERNO FEDERAL
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
ESTELARRICH

Nombre / Name
PILAR

Sexo / Sex / Nacionalidad / Nationality / Especificar
F ARGENTINA A

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

Fecha de emisión / Date of issue
12 DIC / DEC 2021

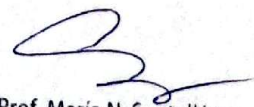
Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 DIC / DEC 2036

Documento / Document
47.518.087

Trámite Nº / Of. ident.
**00682216610
8017**



Es copia fiel



**Esc. de Educ. Secundaria Nº 2
Dirección General Cult. y Educ.
BELLOCO - Carlos Casares**

**Prof. Maria N. Santellán
Directora E.E.S. Nº 2
Carlos Casares**

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Cs. Casares, 31 de Octubre 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Francisco Leonardo Franco a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(as) Lopez, Genoveva A. Cusco, Luciana que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E-ES Nº 2

Fecha de ingreso: 16/11/2024
7:00 Hs.

Daniel de Betoz Peldam
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Daniel B. Peldam

Domicilio: Balcarce 895

Localidad: Carlos Casares

Provincia: Bs. AS

Tipo y N° doc: 27.317.901

Teléfono: 02396 416032

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/09/2007

Tipo y N° documento el /la menor: 48.292.534

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido FRANCISCO LEONARDO FRANCISCO
Domicilio del Titular PLATANIA URBANA BELLOCO
Ciudad CS. CASARCS Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNE 48292534 Teléfono 2396416032
Fecha de Nacimiento 190907

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: 2 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Roldán Daniela Beatriz Teléfono: 2396416032
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Daniela Beatriz Roldán
Firma

x 27.317.901



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

Apellido / Surname
FRANCO

Nombre / Name
FRANCISCO LEONARDO



Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA C

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 SET / SET 2007

Fecha de emisión / Date of issue
03 NOV / NOV 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
14 SET / SET 2022

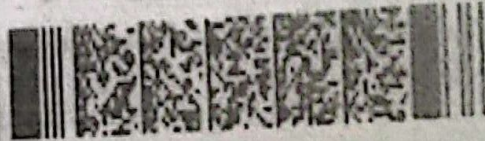
FRANCISCO

FIRMA IDENTIFICACION SIGNATURE

Documento / Document

48.292.531

Trámite N° / Of. ident.
00521972161
8015



Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: P. Pasares, 31 de octubre
de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a Galván Serena a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es López Amparo Geronovira y Cusco Luciano que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: GES N°2
Fecha de ingreso: 16/11/2024
7:00 hs.

Aldana Ojeda
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: AIDANA BERTHELLOTTI
Domicilio: Bellocoq.
Localidad: Cs. Cs.
Provincia: Bs. As.
Tipo y N° doc: 34.487.086
Teléfono: 2395/20355.

Fecha de nacimiento el/la menor: 29.06.2008.

Tipo y N° documento el /la menor: 48.634.345

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: GEREVA GALVAN
Domicilio del Titular: CARRETERA N° 10 PLOTA URBANA
Ciudad: CASARES Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 48634945 Teléfono: 2395 467298
Fecha de Nacimiento: 29/06/88

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Aldana Yesic Bertelot Teléfono: 2395-420355

Cobertura Médica: NO Teléfono: —

N° Afiliado: —

Aldana Bertelot
Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: CARLOS CASARES, 31 de Octubre de 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a DELFINA GALIAN BARRAGAN a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es ROSE AMPARO GENOVEVA, Lucio LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N°2

Fecha de ingreso:

16-11-2024

7:00hs


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/

Aclaración:

a PAOLA BARRAGAN

Domicilio:

Belloco

Localidad:

CARLOS CASARES

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI 29470556

Teléfono:

2395.423843

Fecha de nacimiento el/la menor:

31/12/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 48442556

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido DELFINA GALVÁN BARRAGÁN
Domicilio del Titular BARRIO PIAN FEDERAL BELLOCA
Ciudad CASARES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 48442556DNI Teléfono 2395413094
Fecha de Nacimiento 31/207

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Barragán, Paola Solange Teléfono: 2395423843
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Barragán
Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: CARLOS CASARES, 31 de OCTUBRE
de 2024.


Por la presente autorizo a mi hijo/a GABRIEL MAICO LEONEL a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CUAPAD HUAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s 1 es ROBERTO AMPARO CASCIS LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ETZ N°2

Fecha de ingreso:

16.11.2024
700 hs.


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MORAGA ROCIO

Domicilio: AV. 17 N° 343

Localidad: BELLOCG.

Provincia: Bs. As.

Tipo y N° doc: DNI 33211229

Teléfono: 02396-15419892

Fecha de nacimiento el/la menor: 14/09/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48292530.

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MAICO LEONEL GAUTÉ
Domicilio del Titular AVENIDA 17 N° 343
Ciudad BELLOCQ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN 548292530 Teléfono 2396419892
Fecha de Nacimiento 140907

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? ASMA

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: ASMA

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROCIO MURAGA

Teléfono: 2396-419892

Cobertura Médica: IONA

Teléfono: _____

N° Afiliado: 1288729724/02


Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Carlos Casares, 31 de Octubre de 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Lenor Josefina Abril a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^{as} / es LOPEZ GENOVEVA y CECILIA LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2
Fecha de ingreso: 16.11.2024
7:00 hs.

[Firma]
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ESTANCIA SANTA MARIA
Domicilio: GUANACO -
Localidad: GUANACO -
Provincia: BS AS -
Tipo y N° doc: DNI 33 24 256 -
Teléfono: 2396 432832
Fecha de nacimiento el/la menor: 30/01/2007
Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47883313 -

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CASAPUE, 31/10/2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a TOMAS LUCIAN a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es LÓPEZ GENOVEVA A ; CUSCO, LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 2 16/11/2024

Fecha de ingreso: 7:00 Hs.

hew
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: TOMAS hijo

Domicilio: AVENIDA 12 S/N

Localidad: Belloce

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 47476924

Teléfono: 2395-422975

Fecha de nacimiento el/la menor: 16 de Agosto de 2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 47.476.024

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: THOMAS LUJAN
Domicilio del Titular: AVENIDA 1230
Ciudad: CASCASABES Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 47476924-- Teléfono: 2295422975
Fecha de Nacimiento: 160866

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? EPILEPSIA

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: MEDICACIÓN PARA EPILEPSIA

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

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

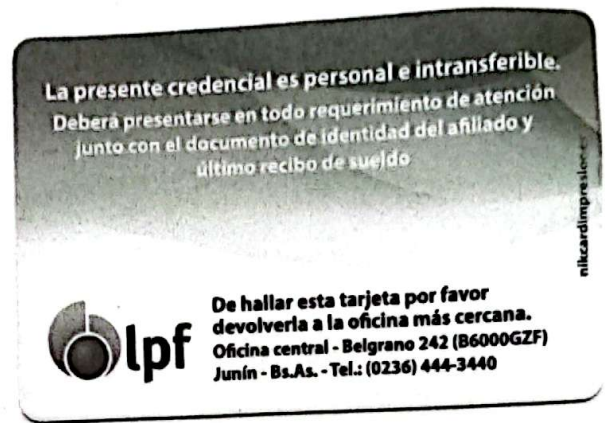
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SABINA LUJAN Teléfono: 011-60113551
Cobertura Médica: LPF Teléfono: 02396-4443440
N° Afiliado: 4005654-02

TLU
Firma
Thomas Lujan




Prof. María N. Santellán
Directora E.E.S. N° 2
Carlos Casares 2/10/2023

Dirección General Cult. y Educ.
Esc. de Educ. Secundaria N° 2
BELLOCO - Carlos Casares

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: CARLOS CASARES, 31 de Octubre
de 2024.

Por la presente autorizo a mi hijo/a Montenegro Geraldine a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPAHUALAC, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es LOPEZ AMPARO CESAR LUCIANO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 2

Fecha de ingreso: 16-11-2024
7:00 hs.

[Firma]
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Lucas Basso.

Domicilio: Bellaera

Localidad: CARLOS CASARES.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: 33.211.094

Teléfono: 2396 436617

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/05/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.700.777.

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MONTAÑEGRÓ GARCÍA NIÑE
Domicilio del Titular: AVIENIÑA 114
Ciudad: CARRILLOS Provincia: Buenos Aires
Tipo y N° de Documento: AN 749700377 Teléfono: 2386436617
Fecha de Nacimiento: 12/05/09

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: ✓ BCG: ✓ SARAMPION: ✓ TRIPLE: ✓ COVID: ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: David David Teléfono: 2386436617
Cobertura Médica: OSPREA Teléfono: _____
N° Afiliado: 48 700 777

[Firma]
Firma



[Signature]
Prof. Maria N. Santellán
Directora E.E.S. N° 2
Carlos Casares

Es copia fiel

Dirección General Cult. y Educ.
Esc. de Educ. Secundaria N° 2
BELLOCO - Carlos Casares

MONTENEGRO ALFREDO JUIS

24610397 ARGENTINA
Afil. Nro 312027 Secc. Nro. 493

PEHUAJO BUENOS AIRES
Emission: 29/08/2006


20-24610397-7

ESTA TARJETA PERTENECE A UATRE,
EN CASO DE ENCONTRARLA
AGREDECEREMOS SE ENVIE A:
RECONQUISTA 630 PISO 6to. CAP.FED. C.P. 1003
Tel. Nro. 011 4315-5800

[Signature]
GERONIMO VENEGAS
Secretario General
SECRETARIADO NACIONAL
U.A.T.R.E.

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

Lugar y Fecha: CARLOS CASARES 31 de Octubre de
2024.

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Montenegro Nicole, a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es LOPEZ GENOVEVA CUSCO LUCIANA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2

Fecha de ingreso: 16.11.2024.
7:00hs.

[Firma]
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Carlos Casares.

Domicilio: Bella Vista

Localidad: CARLOS CASARES.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: 33.2110P4

Teléfono: 2396 436617.

Fecha de nacimiento el/la menor: 30/7/06.

Tipo y N° documento el /la menor: 47.477.211

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MONTENEGRO NICOLE
Domicilio del Titular AVONIA 24
Ciudad CARLOS CS Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento N 7 4347 2211 Teléfono 2386436613
Fecha de Nacimiento 310306

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: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Bueno Bueno Teléfono: 2386436617

Cobertura Médica: OPERA Teléfono: _____

N° Afiliado: 47.477.211

[Firma]
Firma



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



Apellido / Surname
MONTENEGRO

Nombre / Name
NICOLE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
31 JUL / JUL 2006

Fecha de emisión / Date of issue
26 JUN / JUN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 JUN / JUN 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO SIGNATURE

Documento / Document
47.477.211

Trámite N° / Cf. Ident.
**00706769376
8013**



Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CARLOS CASARES, 31 de Octubre de 2024

Señor
Ministro de Turismo y Deportes


Por la presente autorizo a mi hijo/a LEONEL HERNAN BATIPEZ a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^{as} / es holer ANDAROS y Cecilia herrera que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2

Fecha de ingreso: 16 - 11 - 2024.

700 hs.


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

TERESA ACOSTA

AV 12 y 19 (736)^{N°}

Belloq

BUENOS AIRES

DNI 30.809.530

2395 40-2270

3-11-2007

DNI 48.372.950

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LEONEL RAMIREZ
Domicilio del Titular AV 12 y 13 BELLOCO
Ciudad BELLOCO Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 48372950 Teléfono 239540-3679
Fecha de Nacimiento 03/11/07

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TERESA

Teléfono: 2395-402270

Cobertura Médica: No

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

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



Apellido / Surname
RAMIREZ

Nombre / Name
LEONEL HERNAN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
03 NOV / NOV 2007

Fecha de emisión / Date of issue
01 JUL / JUL 2022 FORMA DEL CERTIFICADO BIOMÉTRICO

Fecha de vencimiento / Date of expiry
01 JUL / JUL 2037

Documento / Document
48.372.950

Trámite N° / CI Ident.
00890894532
9692



