ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

47255.43	I dow	viciliac	la/o en la calle Ti-	suscribe, DNI ae la localidad de
educativa / de rei	que cor	ncurre	a la instituciónE	E.S. N°, participará de la salida o que no corresponda) a realizarse en la del mes de noviembre del año 2024.
Dejo constancia de realizar, el modo actividades.	e que he de trasl	e sido ado, d	informada/o de las ca locentes responsable:	racterísticas de la salida, las actividades a s y los lugares donde se desarrollarán las
de las actividades	en aspe	ctos a	s de la salida a dispor cotados, que resulter ida/o durante el desa	er cambios con relación a la planificación n necesarios, a su solo criterio y sin previo rrollo de la salida.
Tomo conocimien responsables de lo				go de la organización de la salida no son
Asumo el carácter formación.	pedagó	gico o	le las experiencias a re	ealizar y la importancia que tienen para mi
Dejo aquí constan	cia de c	ualqui	er indicación necesar	a deba conocer el personal docente a
cargo y personal n	nédico:		•	
***************************************		*******		
			necesidad y urgencia	, a que se realice una consulta médica y la nales de la salud indiquen.
	SI /	NO	Nombre de la Obra	
Tiene Obra	4		Social/Prepaga	NO
Social/Prepaga			Nº Socio	ho
			de urgencia: (Consigr	
Dizos	622	stor	600271	padre) 1122750860
Firma:	7		DNI: 47.25	s. 451
Fecha: 0.1/11/	2024			

nisterio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS	
Nombre y Ape Domicilio del ' Ciudad Tipo y N° de l 2. INFORMAI Titular	Titular PINO HACHADO VZZSY FETO VAREZA Provincia PS 45 Documento DV (Y Z Z S S Y S Z Teléfono Y Z Z Z 7 S O S G O TELÉFONO Y
3. ANTECED	
3.1.	Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
3.2.	Disports les élèmes à la
	Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
3.3.	Tiene algún tipo de alergía: SI (*) NO (*) NO (*) Síntomas:
	Recibe Tratamiento permanente? SI NO
	ENTOS 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)
	S. BCG: S SARAMPION: S TRIPLE: S COVID: 2
	EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Ape	ellido: DIEGO GASTON GOMEZ Teléfono: 11 22 75 0860
Cobertura Mé	dica: Teléfono:
N° Afiliado:	/ Total III.



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

> Apellido / Surname ACOSTA Nombre / Name

ARIADNA NICOLE

Sexo / Sex Na

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar A

F

Fecha de nacimiento / Date of birth

19 AGO/ AUG 2006

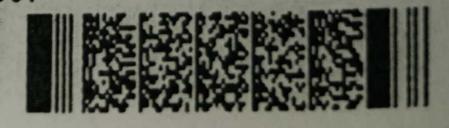
Fecha de emisión / Date of issue 13 ABR/ APR 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO: SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry

13 ABR/ APR 2037

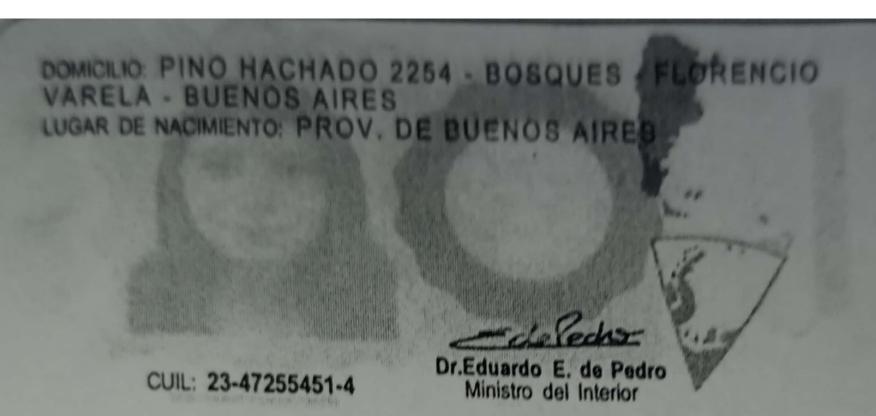
Trámite N° / Of. ident. 00687484322 7886





Documento / Document

47.255.451



HUELLA DACTILAR

IDARG47255451<3<<<<<<<<<<<<<<>0608196F3704136ARG<<<<<<<<<<<<>4</>ACOSTA<<ARIADNA</ar>

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS
Nombre y Apellido ESTEFANTA AMABEL 4LVARER
Domicilio del Titular SAMRAFAEL 605
Ciudad BOSQUES Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DN 1 3 1 6 6 4 6 2 5 Teléfono 1 1 3 9 3 5 4 4 8 1
Fecha de Nacimiento 160485
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual?
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 SESPECIFICAR:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
i. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 4 BCG: 4 SARAMPION: 5 TRIPLE: 51 COVID: 3 (do s
N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
ombre y Apellido: Mario Saboredo Teléfono: 1154886862
Teléfono:
2.7664.625500 SHAD





<











ALVAREZ ESTEFANIA

GÉNERO: F CUIL: 27316646250

TIPO: OBLIGATORIO CESE: -----

ESTADO: ACTIVO

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DNI: 31664625

ALVAREZ ESTEFANIA

AFL:231664625500

TOKEN

302160



ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

Quien suscribe, Association DNI
47.438.837 domiciliada/o en la calle le Pinarroe 4G1 de la
localidad de FG's Vere (a que concurre a la
institución Es. NEG. Dicardo Compreri participará de la salida educativa / de
representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
Dejo constancia de que he sido informada/o de las características de la salida, las actividades
a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán
las actividades.
Autorizo a las y 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 previo aviso, sobre lo cual seré informada/o durante el desarrollo de la salida.
Tomo conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.
Asumo el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para
ni formación.
Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a
argo y personal médico:
simismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y
, and the state of the state of the consulta medica y

la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.



Tiene Obra	Si	(0)	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
Social/Prepaga			Nº Socio	100

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

11 2350-9726 (PADRE)

Fecha: 91.1.11. Z.V.



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

Apellido / Surname ARECO

Nombre / Name GIOVANNA ABIGAIL



Documento / Document

47.478.837

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

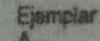
Fecha de nacimiento / Date of birth 23 JUL/ JUL 2006

figura de emisión / Date of issue 13 AGO/ AUG 2021

golfar de vancimiento / Date of expiry

13 AGO/ AUG 2036

Traimite N° / Of. ident. 00670620276 7590



N

FIRMA IDENTIFICADO! SIGNATURE





IDARG47478837<6<<<<<<<<<<<>0607236F3608131ARG<<<<<<<<66 ARECO<<GIOVANNA<ABIGAIL<

histerio de Turismo y Deportes Jirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS
Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Ciudad
Provincia B 5 A 5
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento Z 3 0 7 0 6
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento ó 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 X
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 51 BCG: 51 SARAMPION: 51 TRIPLE: 51 COVID: 2
N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
ombre y Apellido: Walter Augusto Areco Teléfono: 11 2350 - 97 26
obertura Médica: Teléfono:
° Afiliado:

Firma

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS	
Nombre y Apellido	ORGA AGOILERA
Domicilio del Titular D & 7 V & R D 17 Z 3 7 5	
Cardad For a Vale CA Provincia	BUE4054, RES
Tipo y N° de Documento b N I 3 4 9 6 4 2 1 7 Teléfono	1126345585
	a de Nacimiento
Taular X Padre Madre: Otros(espec	sificar):
ANTECEDENTES Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiente.	nto o control médico?
SI NO Cual?	
3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI	NOK
Causa	
3.3 Tiene algun tipo de alergia: SI (*) NO X	
(*) Sintomas:	
Recibe Tratamiento permanente? SI NO X	
4 TRATAMIENTOS 4 1. Recibe tratamiento médico? SI NO X	
Especificar:	pecificar: 0,60
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Esp	
4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cui	di. Sistandello
5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	
SABIN SI BCG SI SARAMPION: SI	TRIPLE: St COVID: 0
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	1170 1377
Nombre y Apellido Elianga Asteria.	Teléfono: 416281 1503
Cobertura Médica = ONA	Teléfono
Nº Affiliado 234 964 217 200	0 0
	JH.
	ASTORDA A FLOURS.



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

> Apellido / Surname ASTORGA AGUILERA



Documento / Document

34.964.217

Nombre / Name FLAVIA NEREA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality **ARGENTINA**

Ejemplar

Fecha de nacimiento / Date of birth 03 ENE/ JAN 1990

Fecha de emision / Date of issue 11 SET/ SET 2017

Feeting die vencimiento / Date of expiry

Tramite Nº / Of. ident. 00513806409 7590



DOMICILIO: OLIVERO 2375 BA CHACABUCO - FLORENCIO VARELA - FLORENCIO VARELA - BUENOS AIRES LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

CUIL: 23-34964217-4

Laic D. Rogelio Frigerio

Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

PULGAR

IDARG34964217<6<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>49001033F3209114ARG<<<<<<<<<<>ASTORGA<AGUILERA<<<FLAVIA<

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: Jóvenes y Memoria
Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox.
Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox.
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8.
Ubicado en Ruta 11 km 34 ½ CP 7605

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la
CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000.
Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros.

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las
24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs.

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

Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

36630.390

			adre, tutor o responsable	
cargo y personal me	édico:	ualquie	r indicación necesaria	deba conocer el personal docente a
Tiona Ohra	Sí	No	Nombre de la Obra	

Social/Prepaga

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.

Nº Socio

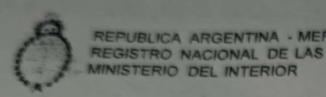
Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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.

contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

Telefolios de contacto en caso de argonista.
1526586527 (MANA') 7730 6943 (CASA) 1540377376 (ABUELO
4237-9900 (CASA ABUELO) 155799 OH53 (TIA)
Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: DALMA GOTI ELLER
<u>DNI: 36 630.390</u>
Fecha: 06/44/24



Apellido / Surname BARRETO

Nombre / Name AARON RAMIRO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality

Ejemplar

ARGENTINA Fecha de nacimiento / Date of birth

23 JUN/ JUN 2008

Fecha de emisión / Date of issue

11 JUL/ JUL 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry 11 JUL/ JUL 2038

Trámite Nº / Of. ident. 00707527200 7614



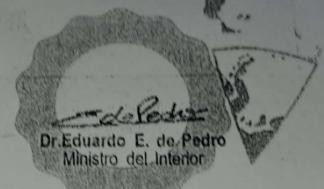
Documento / Document

RENAPER EMISION ON

49.355.473



CUIL: 20-49355473-6



HUELLA

IDARG49355473<0<<<<<<<<<<<<<<><<<>0806235M3807118ARG<<<<<<<<<<<8 br/>BARRETO<<AAARON<RAMIRO<<<<<<<

APADRES, MA APADRES, MA Sterio de Turismo y Deportes

1. DATOS	
Nombre y Apellido A A R O N R A M V R O	BARRETO
Domicilio del Titular	1 EGO Nº 29 14
Ciudad FCIO VAREZA	Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento DN 149355473	Teléfono 1526586577
	Fecha de Nacimiento 230608
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: X	Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente d SI NO Cual?	
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? Causa:	SI NOX
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO	
(*) Síntomas:	
Recibe Tratamiento permanente?	
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO	
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO	Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO	Cuál:
. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	
SABIN: SA BCG: SARAMPION:	TRIPLE: Si COVID: 3 (J
N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
ombre y Apellido: DALMA GUTIERREZ	Teléfono: 1526586527
obertura Médica:	Teléfono:
Afiliado:	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: Jóvenes y Memoria
Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox.
Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox.
Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8.
Ubicado en Ruta 11 km 34 ½ CP 7605

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000.
Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros.

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las

24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs.

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Benitez Couzoes

Micaela DNI 49.011.480 que concurre al Establecimiento

Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o res	sponsable)
--	------------

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	IOHA
	×		Nº Socio	230650550002

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 cor	itacto en caso	de urgencia:	(Consignar	varios)	
114192-9631					
116356-6331	(PAPA)				

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

DNI: 30650550

Fecha: 06/ 11 / 2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

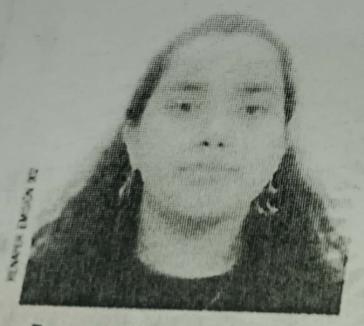




REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS MINISTERIO DEL INTERIOR

> Apellido / Surname BENITEZ

Nombre / Name LOURDES MICAELA



Documento / Document

49.077.180

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

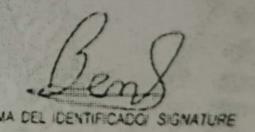
Fecha de nacimiento / Date of birth

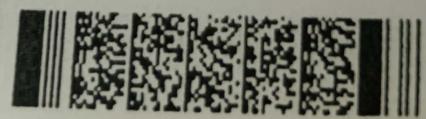
Fecha de emisión / Date of issue 18 OCT/ OCT 2023

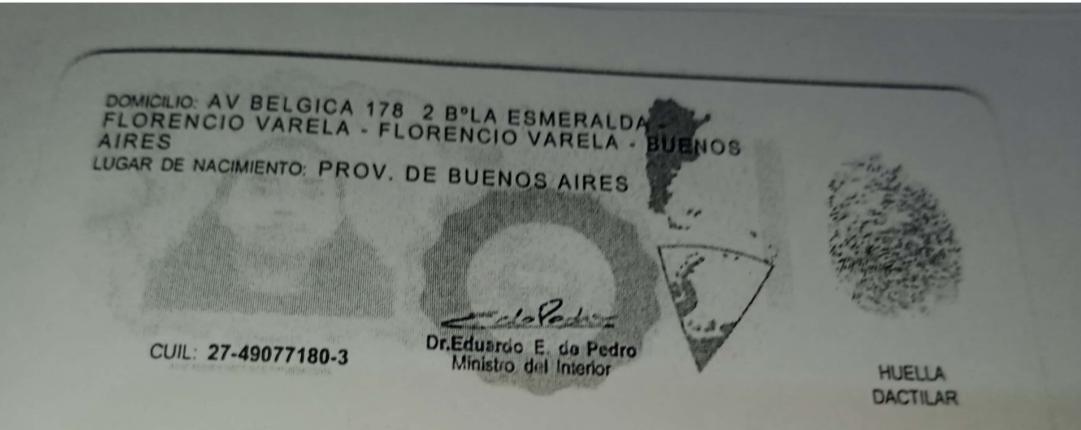
Fecha de vencimiento / Date of expiry 18 OCT/ OCT 2038

Trámite N° / Of. ident. 00712185192 7614









IDARG49077180<2<<<<<<<< 0811172F3810187ARG<<<<<<< BENITEZ<<LOURDES<MICAELA<<<<



nisterio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS
Nombre y Apellido LOURDES NICAELA SENITEZ Domicilio del Titular Ciudad FCIOVARELA Provincia 35 45 Tipo y N° de Documento DNJ49077780 Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NOX 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 (*) NO (*)
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO S Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: COVID: 4 2515
N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
ombre y Apellido: GAHLONBECK, CLAUDIA Teléfono: 15-4192-9631 (NAMA)
obertura Médica:
Afiliado. 23c65c5sccoz

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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, dia y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 1/2 CP 7605 Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros. Otros datos de la Infraestructura disponible: Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las 24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs. Otros datos de interés: 2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): Por la presente autorizo a mi hijo/a CABALLECA CAMELA LUCIA DNI 48640 16 Tque concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los

días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Who have the prohibition of the property of the prohibition of the property of the property

3-	SALUD	(completa	el	padre/madre,	tutor	0	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

To 5+A

N° Socio

48.640 - 16+

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)

11-6863-9405MAMA') 11-3071-7168 PAPA

11-2302-0391 hermon 11-6765-0702 hermon

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Jugada por la porta porta por la porta porta por la porta porta por la porta porta porta porta porta por la porta porta porta por la porta porta

DNI: 28943008

Fecha: 6 11/189

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

> Apellido / Surname CABALLERO

Nombre / Name CANDELA LUCIA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejempla
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth 27 ABR/ APR 2008

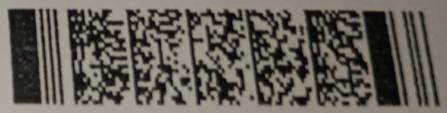
Fecha de emisión / Date of issue 11 ÁGO/ AUG 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADOI SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry

11 AGO/ AUG 2037

Trámite Nº / Of. ident. 00692776992





Documento / Document

48.640.167



IDARG48640167<0<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>0804275F3708112ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>>CABALLERO<<CANDELA<LUCIA<



Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS
Nombre y Apellido CANDELA LUCIA CABOILLE TO
Domicilio del Titular GC (hochos P2011
Ciudad FCIOVALEUA Provincia BUCAOSAITES
Tipo y N° de Documento DN = 48640167 Teléfono 1163636405
Fecha de Nacimiento 270923
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: T1 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?
Causa
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NOK
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4 TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar
4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NOX Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 5 BCG: 51 SARAMPION: 51 TRIPLE: 51 COVID: 2
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
lombre y Apellido: Paola Acuna Teléfono: 1168639405
obertura Médica: TOSFA Teléfono:
Affiliado 48.640167
Je Bh Acoth Abol A

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O 1-RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 1/2 CP 7605 Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección telefonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros.
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las
24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs.
Otros datos de interés:

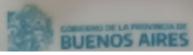
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presi	ente autorizo	a mi . DNI4%	hijo/a	que co	Journe al Es	stablecimiento
Educativo E.E.S	.N°24 Ricardo Ca esentación Institud 2 y 13 del mes de	cional a real	zarse en la	localic	aad de Cha	cicipar de la padmalal los

Nodio Rozzeroi 28.074.208

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





	de cu	alquie		e): deba conocer el personal docente
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	

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.

Nº Socio

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)

1168701623 (Mama') 113019 9669 (Hermano Diego) 1144050748 (Robolfo)

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

DNI: 28 074208

Fecha: 6, 11, 2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





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

> DIAZ LAZZARONI Nombre / Name JASON JAVIER

Apellido / Surname



Documento / Document 49, 191, 281

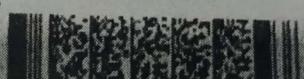
Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality ARGENTINA

Fecha de papamento / Date of birth 29 ENE/ JAN 2009

Fechaldo emission / Date of rasue 08 NOV/ NOV 2021

FRIMA BENTSHIAGH BURNATURE Fecha de varicemento i Date of expiry 20 ENEI JAN 2024

Tramite Nº / Of ideal 00681302328



Ejemplar

FLORENCIO VALENTIN GOMEZ 2559 FLORENCIO FLORENCIO VARELA BLIENOS AIRES LUGAR DE MICHIENTO CRIDAD DE BUENOS AIRES LAZZARONI N DN: 28074201

CUIL: 20-49191280-5



IDARG49191280<0<<<<<<<<< 0901299M2401298ARG<<<<<<< DIAZ<LAZZARONI<<JASON<JAVIER

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS
Nombre y Apellido JASON JAVIER DIAZ LAZZARONI
Domicilio del Titular TEODORO FEIS 1811
Ciudad FCIO VARELA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento 7 N 4 9 1 9 1 2 80 Teléfono 11 6 8 7 0 1 6 2 3
Fecha de Nacimiento 290109
2. INFORMANTE
Titular Padre/Madre:
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO X Cual?
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO 🔀
Causa
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO 🔀
(*) Sintomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO X
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 X Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 51 BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2 DOS
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Nadia Sole dad Lazzaran Telétono: 1168701623
Cobertura Médica No Teléfono:
N° Afiliado:
Poyolo big
Nodio Lozzari
Nodia, Lozzaion
28074208

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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 1/2 CP 7605 Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros. Otros datos de la Infraestructura disponible: Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las 24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs. Otros datos de interés: 2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): presente autorizo a mi hijo/a NILLENA LIHUE AYETZ DNI 48 760 688 que concurre al Establecimiento Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



3- SALUD (completed) Dejo aquí constant cargo y personal m	la de ci	alquie	adre, tutor o responsab r indicación necesaria	ole): deba conocer el personal docente
		••••••••		
Tions O	Sí	No	Nombre de la Obra	

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.

Social/Prepaga

Nº Socio

2241262313/02

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)
maria: 11 3244-2370
Papa: 11 6414-2989
Casa: 3980-4199

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

DNI: 24.126.231

Fecha: 06, 11, 24

Social/Prepaga

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Wedself.





48.760.688

Apellido / Surname

Nombre / Name MILENA LIMUE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth 03 JUN/ JUN 2008

Fecha de emisión / Date of issue 15 ABR/ APR 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry

15 ABR/ APR 2038

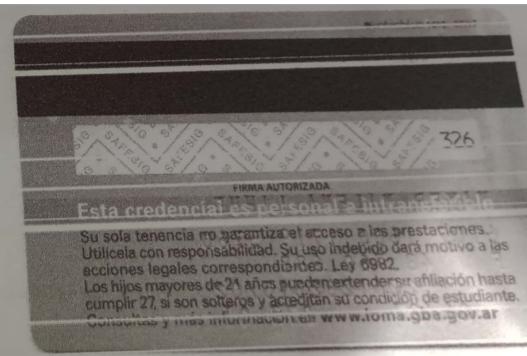
00703585690 7614



THIMA DEL RENTHICALSO SIGNATURE







- Turismo y Deportes	Ficha Médica
de Turismo y Deportes Social Macional de Turismo Social	
DATOS	
Nombre y Apellido MILENA LIHUE MAYER	
Domicilio del Titular LONABDI N134	
Ciudad FCIOVABELA Provincia BS	AS
Tipo y N° de Documento DNI48760688 Teléfono 39	804199
Fecha de Nacin	niento 03060B
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):	
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o contro	
SI NO Cual? 3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO X	
Causa: 3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO NO	
(*) Síntomas:	
Recibe Tratamiento permanente? SI NO X	
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO X	
Especificar:	
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	
SABIN: 61 BCG: 61 SARAMPION: 51 TRIPLE	: <u>Si</u> covid: <u>3</u>
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
Nombre y Apellido: Maximiliano Envigue Mayer Teléfor	10:11 6414 29 89
Cobertura Médica: Ioma Teléfo	no:
N° Afiliado: 224126231302	Firma Ledesna

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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 1/2 CP 7605 Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros. Otros datos de la Infraestructura disponible: Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las 24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs. Otros datos de interés: 2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): Por la presente autorizo a mi hijo/a GABRIEL OSCAR PASCUA DNI 48.056440 que concurre al Establecimiento

Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los

días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

BUENOS AIRES

página 1 de 3

Dejo aquí constancia	de cu	alquier		e): deba conocer el personal docen	te a
Tiene Obra	SI	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	TOMA	
Social/Prepaga			Nº Socio	128478012905	
de transporte a utiliz Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso p Autorizo, en caso d médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a care	respor activid revio, s e neces e adopt go del o serán	gares of ades esobre los sidad y en las cuidade	donde se realizarán dich s de la salida a disp en aspectos acotados, o o cual me deberán inform rurgencia, a hacer aten prescripciones que ello o y vigilancia activa de	s actividades a desarrollar, medi- nas actividades. oner cambios con relación a que resulten necesarios, a su so mar y fundamentar al regreso. der al estudiante por profesionale es indiquen, sobre lo cual requie las/los estudiantes con menos e u otros elementos de valor que la	la blo es ro
Teléfonos de contac 1164015864 1153310468 115152640	to en co	ASO DE	urgencia: (Consignar v (S) (MANA) (RMANA)	varios)	
Firma y aclaración de	el Padre	e, Mad	re, Tutor o Responsab		
DNI: 20 2 +8 +3				del SAMORA GUARE	Aid
			IF-2024-350	30478-GDEBA-CGCYEDGCYE	



página 2 de 3



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

Apellido I Surname PASCUA

Nombre / Name GABRIEL OSCAR

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar ARGENTINA

Fecha de nacimiento I Date of birth

ABRY APR 2007

Fecha de emisión / Date of issue

18 SEP 6 SEP 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry

18 SEP/ SEP 2039

Trámite N° / Of. ident. 00725393258 7885





Documento / Document

48.056.440











PASCUA GABRIEL OSCAR

DNI: 48056440

GÉNERO: M

CUIL: 20480564406

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 11/04/2028

ESTADO: ACTIVO

AFL:128478012905

TOKEN 841473

o de Turismo Social
Was Charles and the Charles an
Coudad Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento A 1 0 4 0 4 2 INFORMANTE Otros/especificar):
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 (*) NO (*)
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
SABIN: S BCG: S SARAMPION: S TRIPLE: S COVID: 3 (1058)
Nombre y Apellido: SANDRA SUSANA GUARDIA (HOMA) Teléfono: 1164.015864
Cobertura Médica: TOMA Teléfono:
Firma y Actoreran

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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 ½ CP 7605

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros.

Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las
24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs.
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a Ruto Korena Autouello DNI 48 380 334 que concurre al Establecimiento
Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (complete	a el pa	dre/ma	ndre, tutor o responsab	le):		
Dejo aquí constancia	de cu	alquie	r indicación necesaria	deba conocer el personal docente a		
cargo y personal mé	dico:					

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí X	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OHA		
- Codan Topaga			Nº Socio	230146826103		
Dejo constancia de	que h	ne sido	informado de las ca	racterísticas particulares de dicha		
				s actividades a desarrollar, medios		
de transporte a utiliza	ar y lug	gares d	onde se realizarán dich	nas actividades.		
Autorizo a las/los i	respon	sables	de la salida a disp	oner cambios con relación a la		
planificación de las	activida	ades e	n aspectos acotados, o	que resulten necesarios, a su solo		
				mar y fundamentar al regreso.		
				der al estudiante por profesionales		
médicos y a que se inmediato aviso.	adopte	en las i	prescripciones que ello	os indiquen, sobre lo cual requiero		
Los docentes a carg	o del c	cuidado	y vigilancia activa de	las/los estudiantes con menos de		
				u otros elementos de valor que los		
mismos puedan llevar.						
Teléfonos de contact	o en ca	aso de	urgencia: (Consignar v	arios)		
116305 to 21 MANG 1164 851563 PARA						
1167851563 PAPA						
				N		
Firma y aclaración de	l Padre	e, Madr	e, Tutor o Responsabl	e flour C IBARDA	POHIUM	
DNI: 30.146.9						
Fecha: 6.1.11.29	l					



IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

Apellido / Surname PINTO



Documento / Document

48.380.334

Nombre / Name MORENA ANTONELLA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth

18 OCT OCT 2007

Fecha de emisión / Date of issue

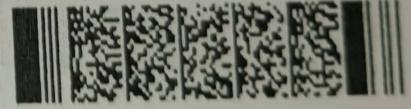
16 MAR! MAR 2023

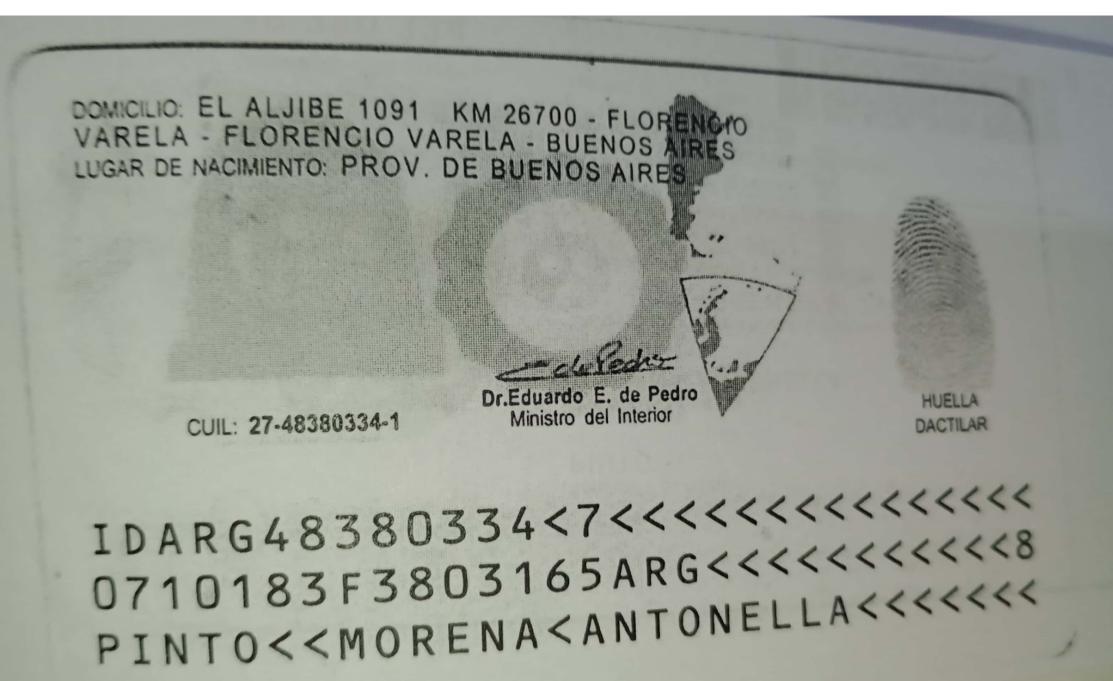
FIRMA DEL IDENTIFICADO SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry

16 MAR/ MAR 2038

Trámite N° / Of. ident. 00701282150 8273









PINTO MORENA ANTONELLA

DNI: 48380334

GÉNERO: F

CUIL: 27483803341

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 18/10/2028

TADO: ACTIVO

AFL:230146926103

TOKEN 524868

o de Turismo Social on Nacional de Turismo Social
Nombre y Apellido HOCENA ANTONELLA PINTO
pomicilio del Titular ELALA BENTLOSI
Ciudad PC 10 VARRUA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre:
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?
Causa:
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO (X) (*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO S Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO S Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 51 BCG: S. SARAMPION: S. TRIPLE: S. COVID: 2
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Porcio ISASEA Teléfono: 1563051021 MANA
Cobertura Médica: 10 HA Teléfono: 15 6+85 15 63 PAPA
N° Afiliado: 930146926103

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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 ½ CP 7605

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros.

	Otros datos de la Infraestructura disponible:
	Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las
	24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs.
	Otros datos de interés:
4	2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
	Por la presente autorizo a mi hijo/a Ron Bout Sout Sout Sout Sout Sout Sout Sout S
S	Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los ías 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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	Sí	No X	Nombre de la Obra Social/Prepaga Nº Socio		
salida, como así tam de transporte a utiliza Autorizo a las/los n planificación de las a criterio y sin aviso pre Autorizo, en caso de médicos y a que se a inmediato aviso. Los docentes a cargo	esponsectivida evio, so necesi adopte	e las/lo ares de sables ades er obre lo idad y en las p	informado de las características particulares de dicha os responsables de las actividades a desarrollar, medios onde se realizarán dichas actividades. de la salida a disponer cambios con relación a la naspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de sables de los objetos u otros elementos de valor que los		
Papa 1136	53.5	255. 395	A D		
Firma y aclaración del DNI: 29748027		, Madı	re, Tutor o Responsable: MonBoot 5		
			IF-2024-35030478-GDFRA-CGCVFDGCVF		



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname ROMBOUTS

Nombre / Name CIRO



Documento / Document

48.680.227

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality

M ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth

20 NOV/ NOV 2007

Fecha de emisión / Date of issue

24 ABRI APR 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry 24 ABR/ APR 2038

Tramite N° / Of ident. 00704037408 7614





FIRMA DEL IDENTIFICADO: SIGNATURI



Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS
Nombre y Apellido Ci RO RO NBO UTS
Domicilio del Titular LA Ri O A N 3 0 4 6
Ciudad FCIO VARELA Provincia BS AS.
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento 201107
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
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Sintomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: 51 BCG: 51 SARAMPION: 51 TRIPLE: 51 COVID: 7 (6)
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: A viles Sofia Teléfono: 1131733951
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado: Romeso 15 Firma

ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

Quien suscribe, CONZALO CZEQUEL SOSA DNI 47418 732 domiciliada/o en la calle el Tala 1637 de la localidad de FEIO MARIE que concurre a la institución FEES NEZY participará de la salida educativa / de representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de Chapadmalal el día/ los días 1911/12 x 13 del mes de Novembre del año 2024.
Dejo constancia de que he sido informada/o de las características de la salida, las actividades a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán las actividades.
Autorizo a las y 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 previo aviso, sobre lo cual seré informada/o durante el desarrollo de la salida.
Tomo conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.
Asumo el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para mi formación.
Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:
Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.
P. C.

página 1 de 2

BUENOS AIRES

IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

1156065233 (hermana)

Firma: 2006 DNI: 47.478737

Fecha: 941.44.1.24...



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



Documento / Document

47.478.732

Apellido / Surname SOSA

Nombre / Name GONZALO EZEQUIEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth 14 AGO/ AUG 2006

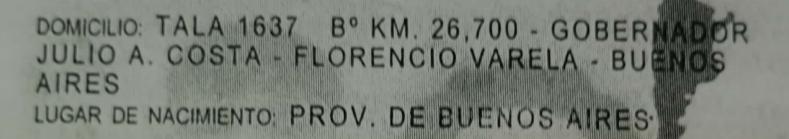
Fecha de emisión / Date of Issue 12 AGO/ AUG 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry

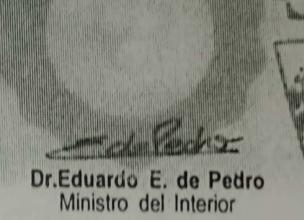
12 AGO! AUG 2037

Trámite N° / Of. ident. 00692795216 7590





CUIL: 20-47478732-0





IDARG47478732<0<<<<<<<<<<<<<<>0608141M3708123ARG<<<<<<<<<<>soss

_{terio} de Turismo y Deportes Cción Nacional de Turismo Social

The second secon			
1. DATOS		1-12-2-1	
Nombre y Apellido	NEALO ETEP	ITEL SOSA	
Domicilio del Titular	LITALA 1163H		
Ciudad	CIONNELA	Provincia RS A	
Tipo y N° de Documento	N 193438332	Teléfono	
		Fecha de Nacimiento	140806
2. INFORMANTE Titular X P	adre/Madre: C	tros(especificar):	
	rmedad que requiera periódicamente		-2-2-
SI NO	***************************************		
	s 3 años fue internado alguna vez?	SI NOX	
Causa			
	e alergia: SI (*) NO X		
(*) Sintomas:			***************************************
Recibe Tratamien	to permanente? SI NO X		
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento	o médico?		
Especificar			
	o quirúrgicamente? SI NO		
4.3. Presenta alguna lii	mitación física?] Cuál	
5. VACUNAS (Indicar Cantidad	de Dosis)		
SABIN BCG	SARAMPION: 5	TRIPLE: Si	covid: 3
EN CASO DE EMERGENCIA CO	DMUNICARSE CON:		
Nombre y Apellido: 6002A	6 505g	Teléfono: 🙏 (68 8144
Cobertura Médica:			
***************************************		Teléfono:	

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: PONES Y MENORIA
Lugar, día y hora de salida:
FLORENCIO VARE 10/11/26 00/15 Masta 18/11/24
Lugar, día y hora de regreso: Clielao Marap 13/11/24
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Confleto turisti Co Chafanna Lan Hotures 848
Nombres y teléfonos de los acompañantes: ESTEFALÍA. ALVAREZ. 1139 35 44 81
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): MACIAO. 5.A
Otros datos de la Infraestructura disponible: ANBULANCIA PRESENTE LAS 24 HS
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): PERSONAL DE PRINCIPO AUXILIOS Y BOTI PUIN LAS 2985
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a So telo Cucas ES TEBAN DNI 48034458 que concurre al Establecimiento Educativo RICADDO CAR PANÍ N° 24 del distrito CO VICAD DO CAR PANÍ N° 24 del distrito Representación Institucional a realizarse en la localidad de Charatana (a) del mes de del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

página 1 de 3

BUENOS AIRES

Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	CENTRO DE DICO POYBREDON.
Social/Prepaga	Y		Nº Socio	402648/34
utorizo en caso de				nder al estudiante por profesional
nédicos y a que se nmediato aviso. os docentes a carç	go del serár	cuidad	do y vigilancia activa de	os indiquen, sobre lo cual requie e las/los estudiantes con menos u otros elementos de valor que l

DNI: 2663053P



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

> Apellido / Surname SOTELO

Nombre / Name LUCAS ESTEBAN

LUCAS ESTEBAN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A
Fecha de nacimiento / Date of birth

1.6 JUN/ JUN 2007

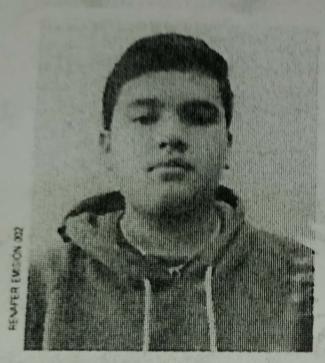
Fecha de emisión / Date of issue O ABR/ APR 2022 -0057201610

FIRMA DEL IDENTIFICADOI SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry 01 ABR/ APR 2037

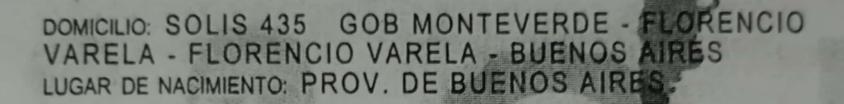
Trámite N° / Of. ident. 00686621778 8273





Documento / Document

48.034.458



CUIL: 20-48034458-9

Dr.Eduardo E. de Pedro Ministro del Interior



IDARG48034458<8<<<<<<<<<<><<<><<<<<<>>0706162M3704011ARG<<<<<<<<<<><<<<<><<<><<<><<<><<<>>SOTELO<</br>



OBRA SOCIAL
OS.P.C.YD.

R.N.O.S. - 1-0340-2



CENTRO MEDICO PUETREDON

SOTELO LUCAS ESTEBAN

05 702648 / 34

Plan: DELTA

ING. 05/04/2022

IVA EXENTO

AFILIADO O.S.: 20-48034458-4

URGENCIAS Y EMERGENCIAS MEDICAS SOCIOS CABA Y GBA

0810 333 8888
(011) 4000 8888

ATENCIÓN AL SOCIO
4116 6000

WWW.cm-pueyrredon,corn.ar

0.5.P.C y D
Cochabamba 1635 CABA
11 4304 8358
11 4304 5484
0810 333 7139 pagas

Ministerio de Turismo y Deportes pirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS	
Nombre y Apellido	LUCIASI EISITEBIAM BIOHIELO
Domicilio del Titular	LIEJA SISHI I I I I I I I I I I I I I I I I I
Ciudad	QUENOS ALVAS Provincia BUENOS ALVES
Tipo y N° de Documen	to DNI1980399958 Teléfono 150130272
	Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):
_	una enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
	NO F Cual?
	os últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO 💋
	ůn tîpo de alergia: SI (*) NO ✓
(*) Sintom	nas:
Recibe Tr	atamiento permanente? SI NO
4 TRATAMIENTOS 4 1. Recibe tra Especifica	tamiento médico? SI NO D
4.2. Ha sido int	ervenido quirúrgicamente? SI NO DE Especificar:
4.3. Presenta a	Iguna limitación física? SI NO 🔊 Cuál:
VACUNAS (Indicar Ca	antidad de Dosis)
SABIN: 3	BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: 3
N CASO DE EMERGE	NCIA COMUNICARSE CON:
ombre y Apellido: BA	MIDLUELO LAURA Teléfono: 1150130272 CA
bertura Médica:	SI CENTROPEDICO PARTEDON Teléfono: 7397-1483 (LINI
Afiliado: 70 - U	18034458-4
	//\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: Jóvenes y Memoria Lugar, día y hora de salida: Plaza San Juan Bautista 09/11/2024 a las 23:45 horas aprox. Lugar, día y hora de regreso: Complejo Turístico Chapadmalal 13/11/2024 8 horas aprox. Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Turístico Chapadmalal. Hoteles 5 y 8. Ubicado en Ruta 11 km 34 1/2 CP 7605 Nombres y teléfonos de los acompañantes: Estefanía Alvarez 1139354481 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Micro contratado por la CPM. Empresa Marilao S.A. Dirección: Av. Pedro de Mendoza 3453 (C.A.B.A). Tel: 43036000. Compañía aseguradora mutual de seguros del transporte publico de pasajeros. Otros datos de la Infraestructura disponible: Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Ambulancia PBA las 24 horas. Personal contratado de primeros auxilios, con elementos y botiquín las 24 hs. Otros datos de interés: 2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): autorizo a mi hijo/a VAUSCO NATIAS Por la presente DNI 47788562 que concurre al Establecimiento

Educativo E.E.S.N°24 Ricardo Carpani del distrito de Florencio Varela a participar de la Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Chapadmalal los días 9, 10, 11, 12 y 13 del mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



NICOLAS

aquí constancia			dre, tutor o responsable):	
			indicación necesaria deba cono	cer el personal doce
o y personal méd	IICO: .			
********************************	*******			
			Principle of the party of the p	
	Si	(No)	Nombre de la Obra	
	01			
Tiene Obra	51		Social/Prepaga	
Tiene Obra Social/Prepaga	51		Social/Prepaga 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)	
1153691634 (MAMÁ)	
1135429910 (ABUELO FABIAN).	

Firma y aclaración de Padre, Madre, Tutor o Responsable: FARES FERNANDO

BP2 02178 :IND

Fecha: 6 / 11 / 24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





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



Documento / Document

47.788.562

Apellido / Surname VARISCO

Nombre / Name MATIAS NICOLAS

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar

M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth

29 DIC/ DEC 2006

Fecha de emisión / Date of Issue 06 MAY! MAY 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADOS SIGNATURA

METTERS VARISCO

Fesha de vencimiento / Date of expiry

06 MAY! MAY 2038

Tramite N° / Of. ident. 00704608316 7614



DOMICILIO: PEDRO AGRELO 2708 B° CHACABUCO FLORENCIO VARELA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-47788562-5

Or Educardo E. de Pedro Ministro del interior

HUELLA

IDARG47788562<9<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>0612298M3805066ARG<<<<<<<<<<<>VARISCO<<MATIAS<NICOLAS<</>

cción Nacional de Turismo Social

1. DATOS	
Nombre y Apellido na Tias	NICOLAS VARIISCO
Domicilio del Titular	6 R E L O N 2 7 10 8 1
Ciudad FCIO VA	RELA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento 4778856	20M1 Teléfono 1153699132
	Fecha de Nacimiento 291206
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre:	Otros(especificar):
ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requier	ra periódicamente tratamiento o control médico?
3.2. Durante los últimos 3 años fue interna	
Causa:	
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI ((*) NO NO
(*) Sintomas:	
Recibe Tratamiento permanente?	SI NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI [Especificas:	□ NO □
Especificar:	SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física?	SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)	RAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2
SABIN: 3/ BCG. >/	TRIPLE. ST COVID.
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON	
Nombre y Apellido: FARES FERNANDO	Teléfono: 1153699132
Cobertura Médica:	Teléfono: 1153691634.
N° Afiliado:	Land
	Gran Gran Gran Gran Gran Gran Gran Gran

Firma