

ANEXO VII

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

Quien Ariadna Nicole Acosta suscribe,
47.255.451 DNI domiciliada/o en la calle P. no. 12.33.110 de la localidad de F.V. que concurre a la institución.....E.E.S. N° 24....., participará de la salida educativa / de representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de ...FLORENCIO VARELA... el día/ los díasdel mes de noviembre... 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.

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

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

Diego Gastón Gomez (padre) 1122750860

Firma: [Firma] DNI: 47.255.451

Fecha: 01/11.../...2024.....

1. DATOS

Nombre y Apellido: ARIANNA NICOLE ACOSTA
Domicilio del Titular: PINO HACHADO 42354
Ciudad: FELICIDAD Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DV 47255457 Teléfono: 11 22 75 08 60
Fecha de Nacimiento: 190806

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

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

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

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DIEGO GASTON GOMEZ Teléfono: 11 22 75 08 60
Cobertura Médica: / Teléfono: /
N° Afiliado: /



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

Apellido / Surname
ACOSTA

Nombre / Name
ARIADNA NICOLE

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

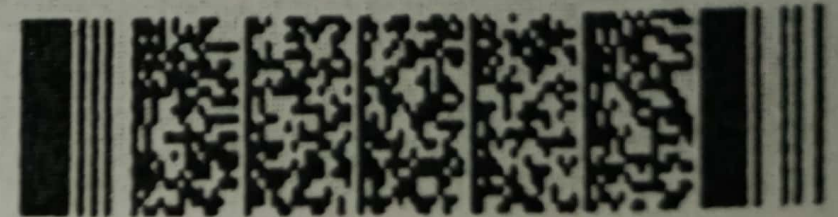
Fecha de nacimiento / Date of birth
19 AGO/ AUG 2006

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



REMPER / MISION 002

Documento / Document

47.255.451

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ESTEFANÍA AMABEL ALVAREZ
Domicilio del Titular SAN RAFAEL BOS
Ciudad BOSQUES Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 31664625 Teléfono 1139354481
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? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

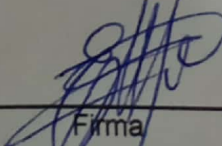
Nombre y Apellido: Mario Saboredo

Teléfono: 1154886862

Profesión Médica: IOA

Teléfono: —

DNI: 231664625500


Firma



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



Apellido / Surname
ALVAREZ

Nombre / Name
ESTEFANIA ANABEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
16 ABR / APR 1985

Fecha de emisión / Date of issue
12 AGO / AUG 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 AGO / AUG 2029

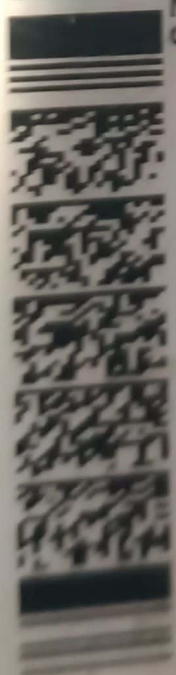
FIRMA

Trámite Nº / Of. Ident

00287848691

7000

31.664.625





ALVAREZ ESTEFANIA

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

ALVAREZ ESTEFANIA

DNI: 31664625	AFL: 231664625500
GÉNERO: F	
CUIL: 27316646250	
TIPO: OBLIGATORIO	TOKEN
CESE: -----	302160
ESTADO: ACTIVO	

ANEXO VII

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

Quien suscribe, Alice Alejandra.....DNI
47.438.837..... domiciliada/o en la calle P. Pizarro 462..... de la
localidad de Fco. Varela..... que concurre a la
institución EES N°24 Ricardo Corcoba participará de la ~~salida educativa~~ / de
representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
Chapadmalal..... el día/ los días 10, 11, 12 y 13..... del
mes de Noviembre..... 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.



Tiene Obra Social/Prepaga	Si	<input checked="" type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
			N° Socio	_____

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

11 2350-9726 (Padre)
 11 2388-0077 (Madre)

Firma: Geo. Anco Angel DNI: 47.428.837

Fecha: 21/11/24



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

Apellido / Surname
ARECO

Nombre / Name
GIOVANNA ABIGAIL

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

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

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

Fecha de vencimiento / Date of expiry
13 AGO / AUG 2036

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



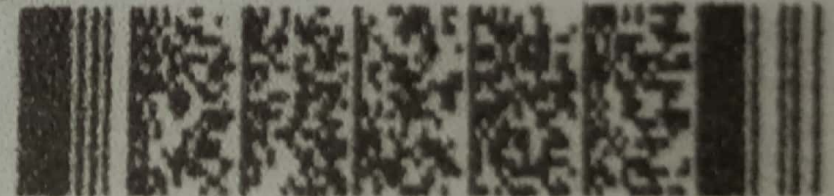
Documento / Document

47.478.837

Trámite N° / Of. ident.

00670620276

7590



1. DATOS

Nombre y Apellido: GIOVANNA ABIGAIL ARECO
Domicilio del Titular: PABLO PIZZUENO N 462
Ciudad: FCIÓ VARELA Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 42478837 Teléfono: 1123509726
Fecha de Nacimiento: 230706

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
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

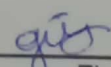
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: sí BCG: sí SARAMPION: sí TRIPLE: sí COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: WALTER Augusto Areco Teléfono: 11 2350-9726
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: FLAVIA MEREA ASTORGA AGUILERA
Domicilio del Titular: OLIVERO 4 2375
Ciudad: FLORENTINA Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 54134964217 Teléfono: 1126345545
Fecha de Nacimiento: 030190

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

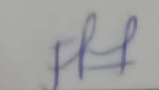
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: Oído
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: DISMINUCION AUDITIVA

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ELIANA ASTORGA Teléfono: 1162811503
Cobertura Médica: JONA Teléfono: _____
N° Afiliado: 234964217200


Firma
ASTORGA A FLAVIA



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

Apellido / Surname
ASTORGA AGUILERA

Nombre / Name
FLAVIA NEREA

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

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

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

Astorga Aguilera
FIRMA IDENTIFICADO SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
11 SET/ SET 2032

Documento / Document

34.964.217

Trámite Nº / Of. ident.
00513806409
7590



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 BARRETO AARON RAMIRO
..... DNI 49.355.473 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-CGCRYEDGCYE

FIRMA Y ACUERDO

DNI 36630.390

 DALMA GUTIERRES

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	Nombre de la Obra 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.

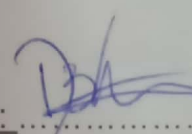
Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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)

1526586527 (MAMA) 7730 6943 (CASA) 1540377376 (ABUELO)
4237-9900 (CASA ABUELO) 1557990453 (TIA)

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

DNI: 36.630.390

Fecha: 06/11/24



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

Apellido / Surname
BARRETO

Nombre / Name
AARON RAMIRO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



RENAPER EMISION 007

Documento / Document

49.355.473

Trámite N° / Of. ident.

00707527200

7614



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AARON RAMIRO BARRETO
Domicilio del Titular: EVARISTO CARRIEGO N° 2914
Ciudad: FCI O VARELA Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DN 149353473 Teléfono: 1526586527
Fecha de Nacimiento: 230608

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual?

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

Causa:

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DALMA GUTIERREZ Teléfono: 1526586527

Cobertura Médica: Teléfono:

N° 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 LOURDES
MICHAELA DNI 49.077.180 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 responsable):

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOMA
	X		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 contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

114192-9631 (MAMA)

116356-0331 (PAPA)

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

Staccia/ Garkensack, CLAUDIA

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

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

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

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

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

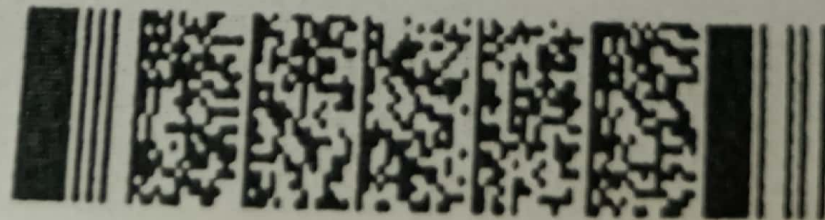
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

49.077.180

Trámite N° / Of. ident.
 00712185192
 7614





Buenos Aires
Provincia

IONMA

DOMINICOS ESTEBANA

224 0202

DOC

AFILIADO N

VTO



1. DATOS

Nombre y Apellido: LOURDES MICAELA BEMITEZ
Domicilio del Titular: BELGICA 178
Ciudad: FCI O VARELA Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 49077180 Teléfono: 1541929631
Fecha de Nacimiento: 17/1/24

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

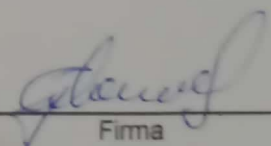
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: 4 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GATHENBECK, CLAUDIA Teléfono: 15-4192-9631 (MAMA)
Cobertura Médica: IOHA Teléfono:
N° Afiliado: 230650550002


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 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 CABALLERA CADELA
LUCIA DNI 48640167 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

Luci Proh
Acuña Proh
28943008

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	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOSA
			Nº Socio	48.640.167

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)

11-6863-9405 (Mamá) 11-3071-7168 (PAPA)

11-2302-0391 (hermano) 11-6765-0702 (hermana)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Maria Dolores*

DNI: 28943008

Fecha: 6/11/24

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 Ejemplar
F ARGENTINA A

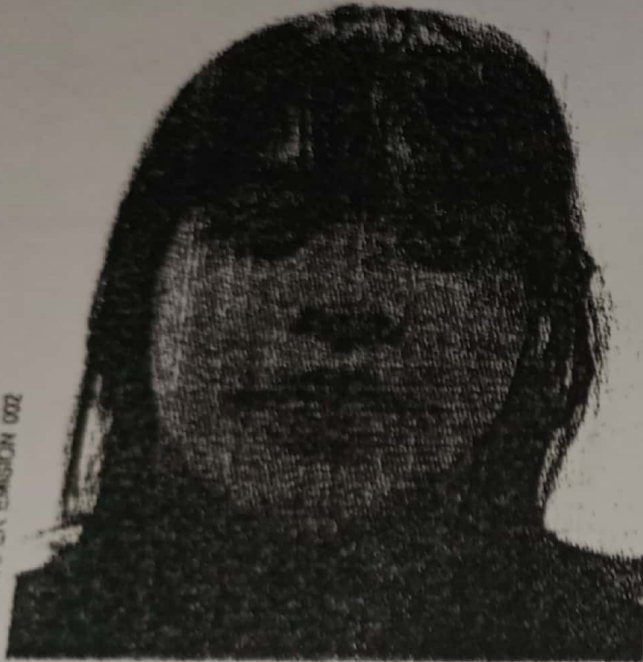
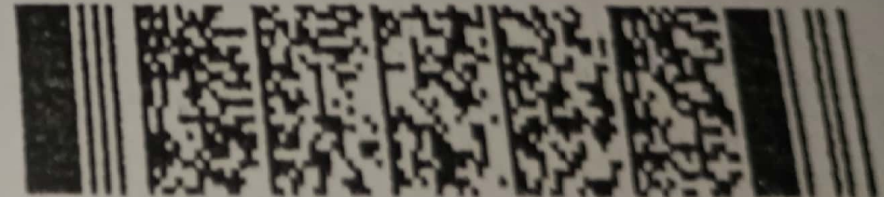
Fecha de nacimiento / Date of birth
27 ABR/ APR 2008

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
11 AGO/ AUG 2037

Trámite N° / Of. ident.
00692776992
7590



RENAPER EMISION 002

Documento / Document

48.640.167



IOSFA

Instituto de Obras Sociales de los
Fuerzas Armadas y de Seguridad

CABALLERO CANDELA LUCIA

DNI 48640167

27-04-2008



1. DATOS

Nombre y Apellido CANDELA ZUCIA CABALLERO
Domicilio del Titular 652 HOCINOS N 2011
Ciudad EL OVARILLA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48640167 Teléfono 1168639405
Fecha de Nacimiento 270403

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido Paula Acuña Teléfono: 1168639405
Cobertura Médica: IOSFA Teléfono: _____
N° Afiliado 48.640167

Paula Acuña
Firma

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 Jason Javier Duoz
Lozzeroni DNI 49.191.280 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.

Lozzeroni
Nadia Lozzeroni
28074.208

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	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		X	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)

1168701623 (Mamá)
1130199669 (Hermano Diego)
1144050748 (Rodolfo)

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

Rozzaroni
Nadia
Nadia Rozzaroni

DNI: 28074208

Fecha: 6/11/2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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 DNI 49191280 Teléfono 1168701623
Fecha de Nacimiento 290109

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Nadia Soledad Lazzaroni

Teléfono: 1168701623

Cobertura Médica: NO

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Lazzaroni Soledad
Firma
Nadia Lazzaroni
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 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 MILENA LIHUE'
MAYER DNI 48760688 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-CG CYEDGCYE

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 <input checked="" type="checkbox"/>	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOMA
			Nº Socio	2241262313/02

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)

madre: 11.32.44-23.70

papa: 11.64.14-29.89

casa: 39.80-41.99

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

DNI: 24.126.231

Fecha: 06, 11, 24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



REPÚBLICA ARGENTINA MERCOSUR
 GOBIERNO NACIONAL DE LAS PROFESIONES
 MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
 MAYER




Nombre / Name
 MILENA LINUE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
 F ARGENTINA A

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

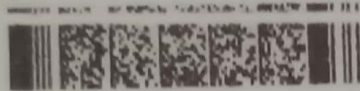
Fecha de emisión / Date of issue
 15 ABR/ APR 2023

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


 FIRMA DEL IDENTIFICADO SIGNATURE

DOCUMENTO / DOCUMENT
 48.760.688

FORMAS DE CONTACTO
 00703585690
 7614



Buenos Aires
 Provincia



MAYER MILENA LINUE

6107 1600 1719 5360

DOC 48.760.688

vto 06/27 273-01



1. DATOS

Nombre y Apellido: M I L E N A L I H U E M A Y E B
Domicilio del Titular: L O N A R D O I N 1 3 4
Ciudad: F C I O V A R E L A Provincia: B S A S
Tipo y N° de Documento: D N I 4 8 7 6 0 6 8 8 Teléfono: 3 9 8 0 4 1 9 9
Fecha de Nacimiento: 0 3 0 6 0 8

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

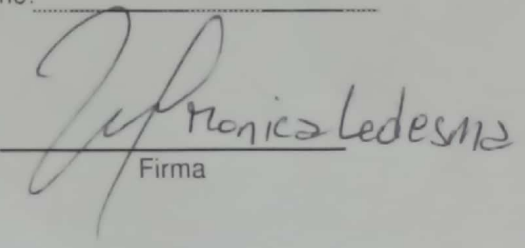
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Maximiliano Enrique Mayer Teléfono: 11 6414 2989
Cobertura Médica: Toma Teléfono: _____
N° Afiliado: 224126231302


Firma

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.

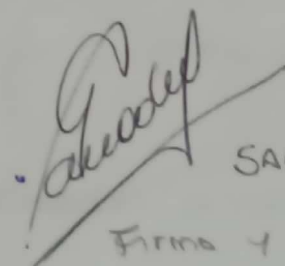
Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a 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


SANDRA GUARDIA
Firma y Aclaración

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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	FOMA
			Nº Socio	128478012905

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.

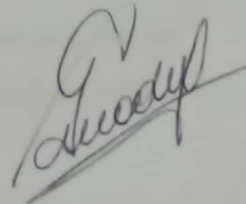
Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

- 1164015864 (MAMA)
- 1153310468 (HERMANA)
- 1151526406 (HERMANA)

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

DNI: 20278733

Fecha: 26/11/2024

 SANDRA GUARDIA

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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



Apellido / Surname
PASCUA

Nombre / Name
GABRIEL OSCAR

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
M ARGENTINA

Ejemplar
B

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

Fecha de emisión / Date of issue
18 SEP / SEP 2024

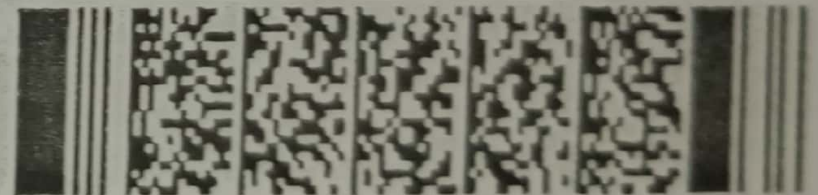
Fecha de vencimiento / Date of expiry
18 SEP / SEP 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.056.440

Trámite N° / Of. ident.
00725393258
7885



RENAPER EMISIÓN 007

PASCUA GABRIEL OSCAR

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

PASCUA GABRIEL OSCAR

DNI: 48056440

GÉNERO: M

CUIL: 20480564406

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 11/04/2028

ESTADO: ACTIVO

AFL:128478012905

TOKEN

841473

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad
Tipo y N° de Documento

GABRIEL OSCAR PASCUA
VIAMONTE N1088
FCIOVARELA Provincia: BS AS
DN148056440 Teléfono: 1164015864
Fecha de Nacimiento: 110407

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)


SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 3 (Dosis)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SANDRA SUSANA GUARDIA (MAMA) Teléfono: 1164.015864

Cobertura Médica: TOMA Teléfono: -

N° Afiliado: 128478012905


SANDRA GUARDIA
Firma y Aceptación

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 Piuto MORENA AUTONELLI
..... 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 (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	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOHA
	X		Nº Socio	230146826103

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.

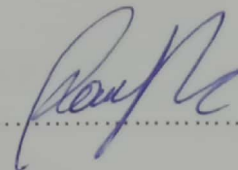
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

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)

.....
1163054021 MAMA
1167851563 PAPA
.....

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

 IBARRA PABLO

DNI: 30.146.826.....

Fecha: 6/11/24...

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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



REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS

Apellido / Surname
PINTO

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

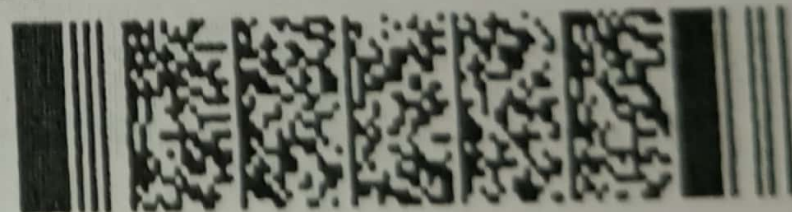
Fecha de vencimiento / Date of expiry
16 MAR / MAR 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.380.334

Trámite N° / Of. ident.
00701282150
8273



IOMA

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

PINTO MORENA ANTONELLA

DNI: 48380334

GÉNERO: F

CUIL: 27483803341

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 18/10/2028

ESTADO: ACTIVO

AFL:230146926103

TOKEN

524868

DATOS

Nombre y Apellido: MORENA AUTONELIA PINTO

Domicilio del Titular: EL ALZARBE Nº 1091

Ciudad: RIO VARELA Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: DNI 48380334 Teléfono: 1563054021

Fecha de Nacimiento: 18/10/07

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROMINA IBARRA Teléfono: 1563054021 MAMA

Cobertura Médica: IOHA Teléfono: 1561851563 PAPA

N° Afiliado: 230146026103


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 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 ROMBOUTS CIRO.....
..... DNI 48.680.227 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 responsable):

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	<input type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	/
		<input checked="" type="radio"/>	Nº Socio	

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

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

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

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

..... Papá 1136535255

..... Mamá 1131733951

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

[Firma manuscrita] ROMBOUYS

DNI: 29748027

Fecha: 06/11/2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

Apellido / Surname
ROMBOUTS

Nombre / Name
CIRO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
20-NOVI/ NOV 2007

Fecha de emisión / Date of issue
24-ABR/ APR 2023

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


FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

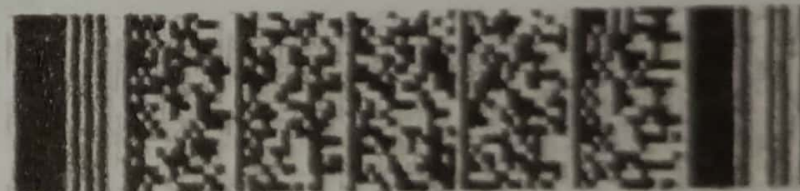
RECHAPER FANSON 002



Documento / Document

48.680.227

Trámite N° / Of. ident.
00704037408
7614



DOMICILIO: LA RIOJA 3046 - ESTANISLAO SEVERO
ZEBALLOS - FLORENCIO VARELA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



HUELLA
DACTILAR

CUIL: 20-48680227-9

IDARG48680227<1<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0711205M3804243ARG<<<<<<<<<<<<<<4
ROMBOUTS<<CIRO<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido CIRO RONBOOTS
Domicilio del Titular LA RIOJA N° 3046
Ciudad FCIO VARELA Provincia BS AS.
Tipo y N° de Documento DNI 48680227 Teléfono 1131733951
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
Causa: —
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: —
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Aviles Sofia Teléfono: 1131733951
Cobertura Médica: — Teléfono: —
N° Afiliado: —

Ciro Ronboots
Firma

ANEXO VII

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

Quien suscribe, GONZALO ESTEBAN SOZA.....DNI
97478732..... domiciliada/o en la calle El Tala 1637..... de la
localidad de Fca. Nare..... que concurre a la
institución R.E.S. N° 24....., participará de la ~~salida~~ **educativa / de
representación institucional** (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
Cheremalal..... el día/ los días 10, 11, 12 y 13..... del
mes de Noviembre..... 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.

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	<input checked="" type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

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

1156065233 (hermano)

Firma: [Signature] DNI: 47.478.722

Fecha: 21/11/24



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



REPUBLICA ARGENTINA

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

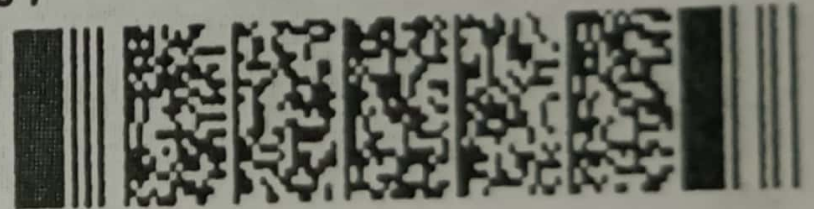
Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 AGO / AUG 2037

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

47.478.732

Trámite N° / Of. ident.
00692795216
7590



1. DATOS

Nombre y Apellido: GONZALO ESTEPUVIEL SOSA
Domicilio del Titular: EL TALA 1637
Ciudad: FLORENTINA Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: 22.97478732 Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: 140806

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: 5 SARAMPION: 5 TRIPLE: 5 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GONZALO SOSA Teléfono: 11 468 8144
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

Sosa
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:

FLORENCIO VARE 10/11/26 00hs hasta 13/11/24

Lugar, día y hora de regreso: CHABONALAP 13/11/24

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURÍSTICO CHABONALAP HOTELS 578 RUTA 11 KM 555

Nombres y teléfonos de los acompañantes: ESTEFANIA ALVAREZ 1139354482

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): MARILAO S.A.

Otros datos de la Infraestructura disponible: AMBULANCIA PRESENTE LAS 24HS

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): PERSONAL DE

PRIMERO AUXILIOS Y BOTIQUIN LAS 24HS

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOTELO LUAS

ESTEBAN DNI 48034458 que concurre al Establecimiento

Educativo RICARDO CARPANI N° 24 del distrito

Ecn Varela a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Chabonalap el/los día/días 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	Nombre de la Obra Social/Prepaga	CENTRO MEDICO PUYBREDON.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº Socio	702648/34

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.

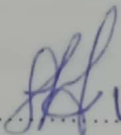
Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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)

MAMA (1150130272) Usora
CRISTIAN LOUREIRO (1121746516)
ELANA PUNELLI (1162329205)

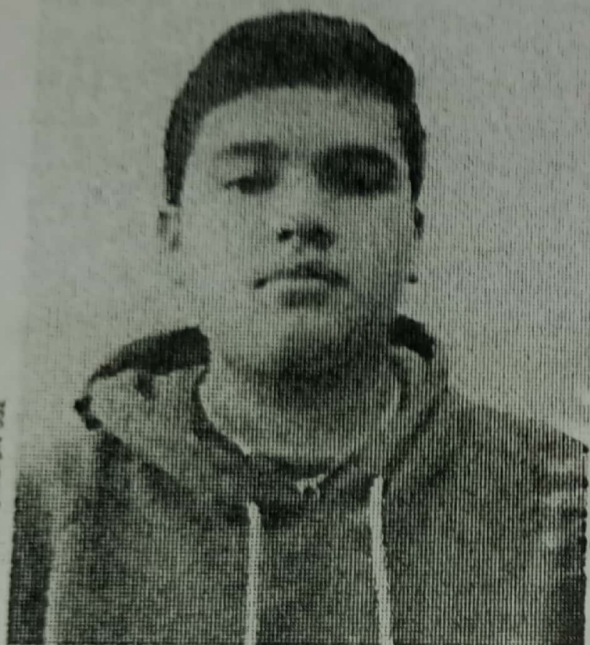
Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:  Laura Barionuevo

DNI: 26630539

Fecha: 01/11/24



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



RENAFER EMISION 002

Apellido / Surname
SOTELO

Nombre / Name
LUCAS ESTEBAN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

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

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

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

Trámite N° / Of. ident.
00686621778
8273

Lucas Sotelo

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document
48.034.458





OBRA SOCIAL

DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA

O.S.P.C.yD.

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



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PRIVADA

SOTELO LUCAS ESTEBAN

OS 702648 / 34

Plan: DELTA

ING. 05/04/2022

IVA EXENTO

AFILIADO O.S. : 20-48034458-4

URGENCIAS Y EMERGENCIAS
MÉDICAS SOCIOS CABA Y GBA

0810 333 8888

(011) 4000 8888

ATENCIÓN AL SOCIO

4116 6000

www.cm-pueyrredon.com.ar

O.S.P.C y D

Cochabamba 1635 - CABA

11 4304 8358

11 4304 5484

0810 333 7139 (del 20h)

www.unioncargaydescarga.org

Supervisión de Servicios de Salud - Organismo de control de Q. Estructura y
Estructura de Medicina Privada. 2000 122 SALUD (7200)
Calle Independencia 1000 - Pabellón 100 - 10000



1. DATOS

Nombre y Apellido LU CAS ESTEBAN BOPELO
Domicilio del Titular LIEJA 554
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48034458 Teléfono 1150130272
Fecha de Nacimiento 160607

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BALLOUERO Laura Teléfono: 1150130272 CASA
Cobertura Médica: SI CENTRO MEDICO PuyTEDON Teléfono: 7397-1453 (LINEA)
N° Afiliado: 20-48034458-4


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 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 VARISCO MATIAS
NICOLAS 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

FARES FERNANDO
32150598

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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	<input checked="" type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			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.

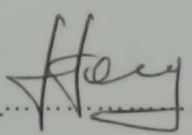
Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

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

1153699132 (PAPA)

1153691634 (MAMÁ)

1135429910 (ABUELO FABIAN)

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

DNI: 37150598

Fecha: 6.11.24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

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

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

Trámite N° / Of. ident.
**00704608316
 7614**

MATIAS VARISCO

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

47.788.562



1. DATOS

Nombre y Apellido: MATIAS NICOLAS VARISCO
Domicilio del Titular: PIEDRO AGRELO N 2708
Ciudad: FLIO VARELA Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: 477885620MI Teléfono: 1153699132
Fecha de Nacimiento: 291206

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

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

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

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FARES FERNANDO Teléfono: 1153699132
Cobertura Médica: _____ Teléfono: 1153691634
N° Afiliado: _____

Fares Fernando
Firma