Some borrado vale salida de pepresentació

institucional

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

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

1-	PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES	0
RESI	ONSARI ES (complete la Escuela):	

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y MEMORIA
Lugar, dia y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 04/12/2024 04:00 HS
Lugar, dia y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 07/12/2024 14.00 HS
Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURÍSTICO CHAPADMALAL HOTELES.Nº 5 Y 8
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221.4348008. ESCUDERO GABRIELA 221.6212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHAPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/aMOYA FAUSTINO URIEL DNI. 48174940 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N°.5 del distrito
PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
CHAPADMALAL-GENERAL PUEYRREDOÓN el/los dia/diasQ4.AL.Q7 del
mes deDICIEMBRE del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa Dejo aquí constancia cargo y personal méd	de cu	alquie	r indicación necesaria	deba conocer el persor	nal docente a
cargo y personal med	1100		4		
		···········		El Carnet de OSI estalen formato	PEREYRA Ma MARDIN
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	JOHA	Directora RES Nº 5 Punta Indio
Social/Prepaga	٩		Nº Socio	1324550037	/oz \
			IT.		\

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)

(221) 309-16-13 (MADRE) (221) 571-02-17 (PADRE)

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

DNI: 33.304.12Z

Fecha: 201 11 1 2 4



Sobre borrado vale salida de representación institucional

PEREVRA Mª. MERGEDE Directors EEO 11 5 Punta India

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / CALIDA 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: JÓYENES Y MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 04/12/2024, 4,00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 07/12/2024,14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURÍSTICO CHAPADMALAL, HOTELES Nº 5 Y 8
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008, ESCUDERO GABRIELA 221 6212882
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .CAPS.CENTRO.DE. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COLONIA, CHAPADMALAL Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a MOYA MAURICIO LISANDRO DNI 48580259
Educativo EES N°.5 del distrito PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL -GENERAL PUEYRREDÓN el/los día/días 4 AL 7 del
nes deDICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

CHERNAL CHERNAL CHE CHERNAL CH

		-111	alamer	dre, tutor o responsabl indicación necesaria d		,
٠					estal en formato digita pereyl pereyl	RA MA. MERCEDES
	Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	JOMA	Punta Indio
	Social/Prepaga	×		Nº Socio	1324550037/03	

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)

(221) 309-16-13 (MADRE) (221) 571-02-17 (PADRE)

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

DNI: 33.304.122

Fecha: 201 11 1 24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borrodo vole Solida de representación

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: JOYENES Y.MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 04/12/2024, 04.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 07/12/2024,14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos):COMPLEJO.TURISTICO.CHAPADMALAL HOTELES 12° 5 Y
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008 ESCUDERO GABRIELA 221 6212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
100 ± 100 ±
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos)CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
00
Por la presente autorizo a mi hijo/a <u>ORTEGA ALFONSINA</u> DNI 50298955 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N° . 5 del distrito
PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
CHAPADMALAL - GRAL PUEYRREDÓN el/los día/días 4AL7 del mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Dejo aquí constancia	de cua	alquie	r indicación necesaria o	deba conocer el personal docente a
cargo y personal méd	dico:			
				El cernet de obra Social está en formata dig. Tèles Di
Tiene Obra	(SI)	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPREAA RUBAL.
Social/Prepaga			Nº Socio	50 298 955
de transporte a utilizada Autorizo a las/los planificación de las acriterio y sin aviso productorizo, en caso de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a cargo 18 años de edad no mismos puedan lleva	ar y lug respon activida evio, s e neces adopte go del o serán ar.	gares sable ades o obre l idad y en las cuidad respo	donde se realizarán dic s de la salida a disp en aspectos acotados, lo cual me deberán infor y urgencia, a hacer ater s prescripciones que ello do y vigilancia activa de	que resulten necesarios, a su solo rmar y fundamentar al regreso. Inder al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero e las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los
02241-5 02241-5 Pirma y aclaración d DNI: 30729149	057 1666 el Padr	8.1 7.9	- GCASYJ SECVA - PABLO DRIZEA adre, Tutor o Responsa	(MANO) (PAPA)
Fecha: 21.7.1172			IF-2024-35	030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borredo vale salida de representado

Les anortitari

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

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

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

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 04/12/2024, 04.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 07/12/2024,14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): .COMPLEJO.TURÍSTICO.CHAPADMALAL,.HOTELES.Nº 5 Y 8
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008, ESCUDERO GABRIELA 2216212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
2- AUTORIZACION (completa el madre/padre, tatol o responsable).
Por la presente autorizo a mi hijo/aPUDA BARBUTO GIULIANA YANET
DNI48986976 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N°.5 del distrito
PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL - GRAL PUEYRREDÓN el/los día/días ^{4 AL 7} del
nes deDICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Dejo aquí constancia	a de cı	Jalquie	adre, tutor o responsab er indicación necesaria	deba conocer el personal docente
cargo y personal mé	dico: .			
			48 " TI	
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
Social/Prepaga		×	Nº Socio	
			H H	
Autorizo a las/los replanificación de las a criterio y sin aviso pre Autorizo, en caso de médicos y a que se a inmediato aviso. Los docentes a cargo	espon ectivida evio, so necesi adopte o del c serán r	sables ades e obre lo dad y en las p	n aspectos acotados, o cual me deberán infor urgencia, a hacer aten prescripciones que ello o y vigilancia activa de	nas actividades. oner cambios con relación a l que resulten necesarios, a su sol mar y fundamentar al regreso. der al estudiante por profesionale os indiquen, sobre lo cual requiero las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los
Teléfonos de contacto	en ca	so de	urgencia: (Consignar v	rarios)
	· · · · · · · · ·			
2212239914	JAPINA			
2221431909				
-				
Firma y aclaración del	<u>Padre</u>	Madr	e Tutor o Responsabl	e: ful BARBUTO MAYRA
DNI: 33.901.013	••••••		···	
Fecha: 21/ 14 / 2021	1			



Sobre borrado vale Salida de representación instrucción es Nos Punta Indio

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:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 04/12/2024, 04.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) . 07/12/2024, 14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURÍSTICO CHAPADMALAL HOTELES Nº 5 Y 8
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008, ESCUDERO GABRIELA 221 6212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): CAPS CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHAPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a ROMERO ANGIE ABIGAIL DNI 49163148 que concurre al Establecimiento Educativo EES N°.5 del distrito PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL - GRAL PUEYRREDON el/los día/días. 4 AL.7 del nes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa Dejo aquí constancia cargo y personal méd	de cu	alquier	Indicación neces			
cargo y personal méd	lico:					
				7		
					and the same	
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obr Social/Prepaga			
Social/Prepaga		$ \mathcal{S} $	Nº Socio	_	- :	
а	L					•
salida, como así tan de transporte a utiliz Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso properente a caro de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a caro 18 años de edad no mismos puedan lleva	ar y lu respon activio revio, s nece adopt lo del serán	gares on sables lades e sobre lo sidad y ten las cuidad	donde se realizarán de de la salida a de naspectos acotados cual me deberán in urgencia, a hacer ad prescripciones que o y vigilancia activa	lichas actividates poner cambos, que resulte formar y fundate ender al estudellos indiquende las/los est	ades. bios con relación n necesarios, a su amentar al regreso diante por profesio , sobre lo cual rec udiantes con men	a la u solo o. onales quiero os de
Taláfonas da contac	lo on d					
Teléfonos de contac				-		
(2223)6785 (7223)6751	97.	(He	2mm2)			
						•••••
Firma y aclaración de	el Pad	re, Mac				
DNI: 25163 04 7	Z	(Į	en Selv	la ma	fiz:	
Fecha 20,11, 2	4					



Sobre borrado vale Salida de representado institucional PEREYRA Ma MER Directora PEREYRA Ma MER Punta Indio

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: JOVENES Y MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 04/12/2024, 04.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 07/12/2024,14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos):COMPLEJO.TURISTICO CHAPADMALAL HOTELES Nº 5 Y
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008 ESCUDERO GABRIELA 221 6212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos). CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a VERGARA INIGUEZ BRISA ISABEL DNI 48092268 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N°.5 del distrito PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de-
Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL - GRAL PUEYRREDÓN el/los día/días. 4.AL.7 del
mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):					
Dejo aquí constancia	de cu	alquie	r indicación necesaria	deba conocer el personal docente a	
cargo y personal mé	dico:				
				El Carnet de Obra Social esta en Formato digital PEREYRAMA MELLI	
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPRERA FUNDA India	
Social/Prepaga	X		Nº Socio	48092268	

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)

215915521 2121428037 224158 9402

TRICALE BOSA

Firma y aclaración del Padre. Madre. Tutor o Responsable. In yug. Bosa.

DNI:36 511 593

Fecha: 701 111 24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borrado vale Solido de representación

115/hocional

PEREYRAMA MERCEDEO

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: JOVENES Y MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN)04/12/202404.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 07/12/2024, 14 00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos):COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL, HOTELES.N° 5 Y 8
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008 ESCUDERO GABRIELA
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
dia y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN). 07/12/2024, 14 00 HS dia y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN). 07/12/2024, 14 00 HS de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL, HOTELES N° 5 Y 8 res y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008 ESCUDERO GABRIELA 2216212682 res y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): datos de la Infraestructura disponible: datos de la Infraestructura disponible: datos de interés: datos de interés: TORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): Ila presente autorizo a mi hijo/a DNI. 48445202 que concurre al Establecimiento ivo EES N° 5 del distrito N° 5 del distrito NINDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de sentación Institucional a realizarse en la localidad de somalal. GRAL PUEYRREDÓN el/los dia/dias. 4 AL. 7 del
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHAPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre) padre, tutor o responsable):
, ,
PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de
mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



	-1 -0	iro kan	dre tutor o responsabl	e):	
3- SALUD (completa	de cu	alguie	r indicación necesaria	leba conocer el perso	nal docente a
cargo y personal méd	dico:				
				El Carnet de Ob estal en format	o digital PEREYRAMILE
Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OCECAC	Directora EES Punta India
Social/Prepaga	K		Nº Socio	48.445.202	
salida, como así tan de transporte a utiliz Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso po Autorizo, en caso de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a carg 18 años de edad no mismos puedan lleva	nbién o ar y lu respon activid revio, s e nece adopt adopt go del serán ar.	de las/ gares nsable ades d sobre l sidad y en las cuidad respo	o informado de las ca flos responsables de las donde se realizarán dic s de la salida a disp en aspectos acotados, o cual me deberán infor y urgencia, a hacer ater s prescripciones que ell do y vigilancia activa de ensables de los objetos	s actividades a desarro has actividades. coner cambios con re que resulten necesario mar y fundamentar al r der al estudiante por p os indiquen, sobre lo c e las/los estudiantes co u otros elementos de	elación a la os, a su solo regreso. orofesionales cual requiero
Teléfonos de contac	to en o	aso d	e urgencia: (Consignar	varios)	
(Mono) 224 (VECIRD) 27) - 6, 41 -	?531 \$550	9 >9\$	No ever observed	
				* 3 · m = 1 · m	
Firma y aclaración d	el Pad	re, Má	adre) Tutor o Responsa	ble hap noew	- Win nofeno
DNI: 31-351-7/	100		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Fecha: 21,11,20	24				
			IF-2024-35	030478-GDEBA-CGCY	ZEDGCYE



Sobre borrado vale Salida de Representación Instituciónal PEREYRAMALMERCEDES

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: JOVENES Y MEMORIA
Lugar, día y hora de salida:
VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN), 04/12/2024, 04.00 HS
Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN). 07/12/2024,14.00 HS
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL HOTELES Nº 5 Y
Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221 4348008 ESCUDERO GABRIELA 221 6212682
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos)CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHPADMALAL
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a FASSINA BELL MARISOL DNI 48510674 que concurre al Establecimiento
Educativo EES N°.5 del distrito
PUNTA INDIO a participar de la Salida Educativa / Salida de-
Representación Institucional a realizarse en la localidad de CHAPADMALAL - GRAL PUEYRREDÓN el/los día/días. 4.AL.7 del
mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.



IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

8

0. 041 110 (l	lmodro tutor o roenonsah	n(a)
Deio agui constancia	i de cualdi i de cualdi	/madre, tutor o responsab ujer indicación necesaría	deba conocer el personal docente a
THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	the state or annual section		
			El cornet de obra Social esta en formato dig PEREYRA Direct
Tiene Obra Social/Prepaga	Sí N	o Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPRERA
oodia#11epaga	^	Nº Socio	02-77000407-4
2 ¹ 1 2			
salida, como así tan de transporte a utiliz Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso pr Autorizo, en caso de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a carg	nbién de la ar y lugare responsablactividade revio, sobre necesidad adopten la lo del cuid serán res	as/los responsables de las es donde se realizarán diciples de la salida a dispes en aspectos acotados, de lo cual me deberán inford y urgencia, a hacer atendas prescripciones que elle	racterísticas particulares de dicha s actividades a desarrollar, medios has actividades. coner cambios con relación a la que resulten necesarios, a su solo mar y fundamentar al regreso. Ider al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero e las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los
22.2.3.51.2	7.08	o de urgencia: (Consignar	
2.234.6.1	.9. <i>.t.</i> 3		
- :			
Firma y aclaración de	el Padre	Madre, Tutor o Responsat	ole: Suana E Bell SUSANA E BELL
DNI: 21599.03	5		
Fecha: 40 / // / / 203	1.4	IF-2024-350	030478-GDEBA-CGCYEDGCYE
v.him.			



DECLARACION JURADA Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS
Nombre y Apellido MARTIA GAGRI EUA ESCUDERO
Domicilio del Titular
Ciudad PLATA Provincia BSTAST
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento ZIIOII80
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periodicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? SI NO
Causa: 3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO NO
(*) Sintomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: CESAREA
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO V Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: ANIBAL GARCIA Teléfono: 2716324 178
Cobertura Médica: Teléfono: Teléfono
N° Afiliado: 227816855/00 Firma

DECLARACION JURADA Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS
Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia BIS AS
Tipo y N° de Documento DINITZ (31737115) Teiéfono ZZIN 4346008
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 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 NOX
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
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: V BCG: V SARAMPION: V TRIPLE: V COVID: V
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: MIRTA GRILLO Teléfono: 2723 677560
Cobertura Médica: LOMA Telefono: 2714124500
N° Afiliado: 226373715 4/00
- LEFT

ANEXO V

PLANILLA DE ESTUDIANTES Y ACOMPAÑANTES PLANILLA DE ASISTENCIA

INSTITUCION EDUCATIVA ESCUELA DE EDUCACIÓN SECU	N°5	
DISTRITO_PUNTA INDIO		
LUGAR A VISITAR COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL	FECHA	04/12/24 AL 07/12/24

Nº	Apellido y Nombre	Documento	Estudiante	Docente	No Docente	Asistencia (P / A)
1	FASSINA BELL MARISOL	48510674	X	_		n N
2	MOYA FAUSTINO URIEL	48174940	×		A i	
3	MOYA MAURICIO LISANDRO	48580259	X		. 1	
4	ORTEGA ALFONSINA	50298955	×	ř.,		
5	PUDA BARBUTO GIULIANA YANET	48986976	х			6,
6	ROMERO ANGIE ABIGAIL	49163148	Х	*.		
7	VERGARA IÑIGUEZ BRISA ISABEL	48092268	×		14 41	Ŀ
8	CHUDOBA NATALIA VERÓNICA	26373715		X		
9	ESCUDERO MARÍA GABRIELA	27816855		Х		
10	UGARTEMENDIA MIA MAITENIA	48445202	***	. !		2
	*			Ьu	÷ 4	
	A 1 - 444		7	E E &		
			p II Maryon Ar Ar		1*.	10
	garante de la companya del companya de la companya del companya de la companya de		any notes			
					1.4.	
	ger sang spirit	n (III - Villa della	V 1			
	and the second s	a 17-18-13 - 12	a Set most ki			2.1

IF-2024-35029666-GDEBA-CGCYEDGCYE

