

Sobre borrado de Salida de representación institucional

PEREYRA Ma. MERCEDES
Directora EES N° 5
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: JÓVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida:

VERÓNICA (PLAZA SAN MARTIN) 04/12/2024 04.00 HS

Lugar, día y hora de regreso: VERÓNICA (PLAZA SAN MARTÍN) 07/12/2024 14.00 HS

Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURÍSTICO CHAPADMALAL, HOTELES N° 5 Y 8

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CHUDOBA NATALIA 221.4346008, 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 MOYA 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 día/días 04 AL 07 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 cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

El Carnet de Obra Social
está en formato digital

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí x	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	SOMA
			Nº Socio	1324550037/02

PEREYRA M^{ra} MERCEDES
Directora EES Nº 5
Punta Indio

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: 20/11/24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Sobre borracho vale salida de representación institucional

PEREYRA M. MERCEDES
Directora EES N° 5
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: JÓVENES 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 N° 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:

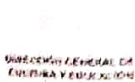
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): CAPS CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COLONIA, CHAPADMALAL

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a MOYA MAURICIO LISANDRO
DNI 48580259 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 PUEYRREDÓN el/los día/días 4 AL 7 del
mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCRYEDGCYE



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

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:

El Carnet de Obra Social está en formato digital

PEREYRA Ma. MERCEDES
 Directora EES N° 5
 Punta Indio

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOMA
	<input checked="" type="checkbox"/>		N° 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:

E. Saforiz Griselda

DNI: 33.304.122

Fecha: 20/11/24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCIYEDGCIYE



Sobre borrado vale Salida de representación
institucional

PEREYRA M. MERCEDES
Directora EES N° 5
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 N° 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 CHPADMALAL

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a ORTEGA ALFONSINA.....

..... 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 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 aqui constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

El carnet de obra social está en formato digital

PEREYRA MERCEDES
Directora EES N° 5
Punta Indio

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> SI	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPREA RURAL.
			N° Socio	50298955

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)

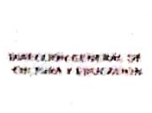
02241-505781 - GLADYS SELVA (MAMÁ)
02241-966699 - PABLO ORTEGA (PAPÁ)

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

DNI: 30729149

Fecha: 21.11.24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre barrido vale salida de representacion institucional

PEREYRA Ma. MERCEDES
Directora EES N° 5
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 TURÍSTICO CHAPADMALAL, HOTELES N° 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): 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 PUDA BARBUTO GIULIANA YANET

..... DNI 48986976 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 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.

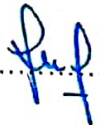
Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

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

.....
1164280329 (Mamá)

.....
2212239914

.....
2221431909

Firma y aclaración del Padre, (Madre) Tutor o Responsable:  BARBITO MAYRA

DNI: 33.901.017

Fecha: 21/11/2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borrado vale Salida de representación
institucional

PEREYRA Ma. MERCEDES
Directora EES N° 5
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: 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 N° 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:

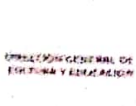
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): CAPS CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, COLONIA CHAPADMALAL

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 INIDIO 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
mes de DICIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CG CYEDGCYE



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
		X	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.

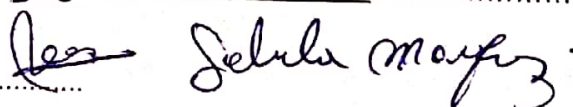
Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

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

.....
(2223) 678597 (Hermana)

.....
(2223) 675141 (Hermana)

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

DNI: 25163047 

Fecha: 20/11/24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borrado vale Salida de
representación institucional

PEREYRA Ma. MERCEDES
Directora EES N° 5
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 N° 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 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 cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

El Carnet de Obra Social está en formato digital

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPREBA
	X		Nº Socio	48092268

PEREYRA Ma. MERCEDES
Directora GES Nº 5
Punta Indio

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 5415521 2221428037 224158 9402

Firma y aclaración del Padre (Madre) Tutor o Responsable: J. IGUEZ ROSA

DNI: 36 511 593

Fecha: 201. 11. 24.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Sobre borrado vale Salida de representación
Institucional

PEREYRA, M. MERCEDES
Directora EES N° 5
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 TURÍSTICO CHAPADMALAL, HOTELES N° 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): 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 UGARTEMENDIA MIA MAITENA

DNI 48445202 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 cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

El carnet de Obra Social está en formato digital

PEREYRA MERCEDES
Directora EES N° 5
Punta Indio

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OCECAC
	X		Nº Socio	48.445.202

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)

(Mamá) 2241-625318

(Vecina) 2241-555095

Firma y aclaración del Padre, (Madre) Tutor o Responsable: Wladimir Noeno - Wladimir NOENO

DNI: 31.351.717

Fecha: 21/11/2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Sobre borrado vale Salida de Representación
Institucional

PEREYRA Ma MERCEDES
Directora EES N° 5
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 N° 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 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

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:

El carnet de obra Social está en formato digital
PEREYRA, J. J. DIRECTORA EES Nº 5 Punta Indio

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPRAERA
	X		Nº Socio	02-77000407-4

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)

.....
2223-512708
2223-461979
.....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Susana E. Bell.....

SUSANA E BELL

DNI: 21599035.....

Fecha: 20.1.11.2024..

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCIYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARÍA GABRIELA ESCUDERO
Domicilio del Titular 47 N° 3914
Ciudad LA PLATA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 27816855 Teléfono 2216212682
Fecha de Nacimiento 21/01/80

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: CESAREA

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANIBAL GARCÍA Teléfono: 2216324158

Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 2214129500

N° Afiliado: 227816855/00

Nerubal
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MATALLIA CHUQUIBANA
Domicilio del Titular: 3211 N 344
Ciudad: VERONICA Provincia: BISAS
Tipo y N° de Documento: DNI 26373715 Teléfono: 2214348008
Fecha de Nacimiento: 27/12/77

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: _____

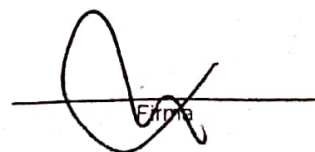
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: V BCG: V SARAMPION: V TRIPLE: V COVID: V

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MIRTA GRILLO Teléfono: 2223 677560
Cobertura Médica: LOMA Teléfono: 2214129500
N° Afiliado: 226373715 4/00


Firma

ANEXO V

**PLANILLA DE ESTUDIANTES Y ACOMPAÑANTES
PLANILLA DE ASISTENCIA**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA **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			
2	MOYA FAUSTINO URIEL	48174940	X			
3	MOYA MAURICIO LISANDRO	48580259	X			
4	ORTEGA ALFONSINA	50298955	X			
5	PUDA BARBUTO GIULIANA YANET	48986976	X			
6	ROMERO ANGIE ABIGAIL	49163148	X			
7	VERGARA IÑIGUEZ BRISA ISABEL	48092268	X			
8	CHUDOBA NATALIA VERÓNICA	26373715		X		
9	ESCUDERO MARÍA GABRIELA	27816855		X		
10	UGARTEMENDIA MIA MALITENA	48445202	X			

IF-2024-35029666-GDEBA-CGCYEDGCYE

