

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones	Tipo de discapacidad (Solo en caso de cargar motivo Discapacidad)	Sexo
1	49.303.638	Almará	Pia Agustina	17/03/2009	Sin cargo	no completar	no completar	no completa	Femenino
2	48.363.867	Arce	Victoria	17/02/2008	Sin cargo				Femenino
3	48.498.810	Cabaña	Priscila Abigail	04/03/2008					
4	43.998.524	Delgaudio	Miqueas Nicolás	27/09/2008	Sin cargo				
5	49.002.207	Musso Araoz	Diana María Belén	25/09/2008	Sin cargo				Femenino
6	49.002.206	Musso Araoz	Micaela María Aylén	25/09/2008	Sin cargo				Femenino
7	49.413.515	Pacheco	Juana	25/06/2009	Sin cargo				Masculino
8	49.067.369	Pérez Marcone	Eluney Agustina	17/12/2008	Sin cargo				Femenino
9	49.068.422	Rotela	Luisana Agustina	13/12/2008	Sin cargo				Femenino
10	47.978.640	Yacomay	Santino Gael	24/10/2007	Sin cargo				Femenino
11	48.227.102	Zarate	Ezequiel Agustin	06/07/2007	Sin cargo				Masculino
12	23.746.470	Araoz	Nélida Gabriela	10/01/1974	Sin cargo				Femenino
13	33.427.026	Pérez	Macarena	07/11/1987	Sin cargo				Femenino
14	33.722.276	Rotela	Nahuel Armando	10/05/1988	Sin cargo				Masculino
15	38.849.665	Marti	Fernando Lautaro	05/07/1995	Sin cargo				Masculino

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 07/11/24

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALVARO RIA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMISC, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) Pérez Mascareñas / es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

CUB  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a Bachiodi Maria

Aclaración: BOLIVAR 416.

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: SAU MIGUEL

Provincia: BA. AS.

Tipo y N° doc: D.N.I. 33.852.385

Teléfono: 3364241988

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/03/2009.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI - 49.303.638

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALMAER PIN  
Domicilio del Titular: ROLI VAE 416  
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 49303638 Teléfono: 3364241988  
Fecha de Nacimiento: 170309

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: HERNIA INGUINAL  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: BACHIODI MARIA (MADRE) Teléfono: 3364241988 (MAMA)  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: 3364610134 (TIA)  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

[Firma]  
Firma





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



Apellido / Surname  
 ALMARA

Nombre / Name  
 PIA AGUSTINA

Sexo / Sex  
 F Nacionalidad / Nationality  
 ARGENTINA

Emplaz  
 A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
 17 MAR 2009

Fecha de emisión / Date of issue  
 17 MAR 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
 17 MAR 2024

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Ilustración N° / Of. Ident.

00486684832  
 8713

Documento / Document  
 49.303.638



PIA

49303638

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: SAN NICOLAS 7/4/24

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ARCE VICTORIA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMIAS, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. FÉREZ MACARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: SEC. 76  
Fecha de ingreso: 4/12/24

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

Aclaración: LUQUE MARIA  
Domicilio: JUAN DE GARAY 68  
Localidad: SAN NICOLAS  
Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° doc: D.N.I. 34.360.582  
Teléfono: 3364003152  
Fecha de nacimiento el/la menor: 17-02-08  
Tipo y N° documento el /la menor: D.N.I. 48.363.864

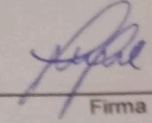
Nombre y Apellido: ARCE VICTORIA

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: IOMA

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 2343605829/02

  
\_\_\_\_\_  
Firma

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido NICTOR VIAL DE LOS ANGELES ARCE  
Domicilio del Titular JUAN DE GARAY 68  
Ciudad SAN NICOLAS Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 48363867 Teléfono                       
Fecha de Nacimiento 17/02/08

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PAPÁ 3364034724  
MAMÁ 3364003152



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: SAN NICOLAS 7/11/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a CARINA PRISCILA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras J es PEREZ Macarena que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: SEC 26

Fecha de ingreso: 4/12/24

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

Aclaración: Delgado Juan Pavi

Domicilio: CARLOS BARDOL 424

Localidad: SAN NICOLAS

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: 32 097 210

Teléfono: 3364 306047

Fecha de nacimiento el/la menor: 04/03/08

Tipo y N° documento el/la menor: 48498810

Nombre  
Domicilio  
Ciudad  
Tipo

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CABANA PATRICIA ABIGAIL  
Domicilio del Titular: FARELOS GARSEL 424  
Ciudad: SAN WITOLAS Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 48498810 Teléfono: 2264206043  
Fecha de Nacimiento: 040308

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar) \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_

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

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

*Delgado Ana Bn*



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



Apellido / Surname  
CABANA

Nombre / Name  
PRISCILA ABIGAIL

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
F                      ARGENTINA                      A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
04 MAR / MAR 2008

Fecha de emisión / Date of issue  
15 ENE / JAN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
15 ENE / JAN 2038

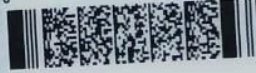
*PRISCILA CABANA*

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**48.498.810**

Trámite N° / Of. Ident.  
00698405728  
8713





DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARCELO NICOLAS DELIBUSIO  
Domicilio del Titular BZ1 SET 20120 G 05 W 1  
Ciudad STINGOLDS Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 43388527 Teléfono 35418526  
Fecha de Nacimiento 26/09/08

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_

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

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 2 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

TOS

Nombre y Apellido

Inicio del Título

Ciudad

Tipo y N° de Documento

2. INFORMACIÓN

M. E.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

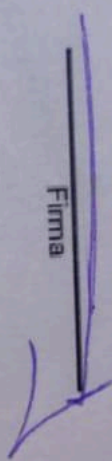
Cobertura Médica: OSPSA - FAFSA (SOLIDARIDAD)

N° Afiliado: 20-25201639-8-02

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: San Nicolás 14/11/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a Miguel Ángel Lebrón a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CATALANAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) es PEREZ MACARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución:

Secundaria 26

Fecha de ingreso:

14/11/24

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el/la menor:

Miguel Ángel Lebrón

B21 SIT. 6691

S/Nicolás

BS AS

25016639

3364185226

26/9/2008

48998521







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



Apellido / Surname  
DELGAUDIO

Nombre / Name  
MIOQUEAS NICOLÁS

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality  
M                  ARGENTINA

Ejemplar  
A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
26 SEP 2008

Firma del titular / Signature  
MIOQUEAS

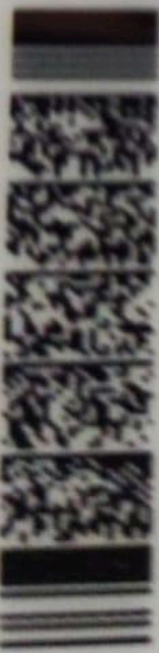
Fecha de emisión / Date of issue  
10 ENE / JAN 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
10 ENE / JAN 2039

Trámite N° / Cf. Ident

Documento / Document  
48.998.524

00715367384  
7133



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

ON  
DA  
aje  
res

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: San Nicolás 7/11/24

0625

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diana M. De los Rios a participar del Programa de Turismo Social, que comprendé la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CAAPADMSAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) Pérez Macarena es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

del  
a y  
ad  
so,  
es  
ue

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Sec 26

Fecha de ingreso:

04/12/2024

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

a

Aclaración:

Ana y Néida

Domicilio:

Montevideo 765

Localidad:

San Nicolás

Provincia:

PDS AS

Tipo y N° doc:

DNI 23746370

Teléfono:

3364196178

Fecha de nacimiento el/la menor:

25/09/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 49.00.22.07

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

**DECLARACION JURADA**  
Autorización viaje menores

Lugar y Fecha: 11/17/24 San Nicolás

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hija Flora H. Arden Reyes a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHABONVAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s PETE MACRENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución:

Fecha de ingreso: 04/12/2024

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

Aclaración: Amoeg Melinda

Domicilio: Martín 765

Localidad: Ba. A.

Provincia: D.F. 22746290

Tipo y N° doc: + 364196178

Teléfono: + 25/09/2008

Fecha de nacimiento ella menor: 25/09/2008

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 49.0022206

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M I C E L A A M L E M M U S C O  
Domicilio del Titular: M O N T E O R T O S  
Ciudad: S A M M I C C A S Provincia: B I S A S  
Tipo y N° de Documento: 4 9 0 0 7 2 0 6 Teléfono: 3 3 6 4 1 9 6 1 7 8  
Fecha de Nacimiento: 2 5 0 9 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? T I R O I D E

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

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: S E R O I A T I E N E R O S A S I A

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: P O R L A T I R O I D E

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN 5 BCG 1 SARAMPION 2 TRIPLE 5 COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: M U S O L A U T A D O ( H E R M A N O ) Teléfono: 3 3 6 4 1 1 5 5 5

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: San Nicolás 7/11/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diana M. De los Rios a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CAHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s PEREZ MACARENA / es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

SEC 26

Fecha de ingreso:

04/12/2024

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

Aclaración:

Anaely Nelida

Domicilio:

Montevideo 765

Localidad:

San Nicolás

Provincia:

PDS AS

Tipo y N° doc:

DNI 23746270

Teléfono:

3364196178

Fecha de nacimiento el/la menor:

25/09/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 49.00.22.07

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: San Nicolás 7/11/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diana M. De los Rios a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CAAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es PEREZ MACARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

SEC 26

Fecha de ingreso:

04/12/2024

[Firma]

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

Aclaración: Anaony Nelida

Domicilio: Montevideo 765

Localidad: San Nicolás

Provincia: PDS AS

Tipo y N° doc: DNI 23746370

Teléfono: 3364196178

Fecha de nacimiento el/la menor: 25/09/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 49.00.22.07









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

RENAPER EMISIÓN 002



DOCUMENTO NACIONAL IDENTIFICACION

Apellido / Surname  
MUSSO ARAOZ

Nombre / Name  
DIANA MARIA BELEN

Sexo / Sex  
F  
Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
25 SEP / SEP 2008

Fecha de emisión / Date of issue  
24 FEB / FEB 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
24 FEB / FEB 2039

DIANA MUSSO  
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

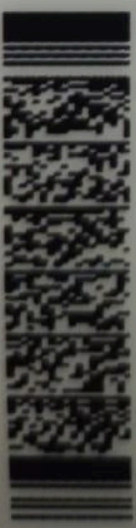
Documento / Document

49.002.207

Trámite N° / Of. ident.

00716690352

8713



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

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

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ECSP 026

Fecha de ingreso: -

Cerruj Paezozo, Soledad

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el/la menor:

- Mansilla 1028  
- San nicolas  
- Bs. as.

- 3364526704  
- 25 junio 2004  
- 49.413.55.

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: JOHANN VINCENZO  
Domicilio del Titular: MANSHING DEZ  
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: SUS CRZ  
Tipo y N° de Documento: 49441316 Teléfono: 23645274104  
Fecha de Nacimiento: 25/06/04

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Causa: \_\_\_\_\_  
3.2. Du: \_\_\_\_\_ SI  NO   
Causa: \_\_\_\_\_  
3.3. Tte: \_\_\_\_\_ SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: \_\_\_\_\_  
Raz: \_\_\_\_\_ SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Ror: \_\_\_\_\_ SI  NO   
Especificar: \_\_\_\_\_  
4.2. Ha: \_\_\_\_\_ SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_  
4.3. Pre: \_\_\_\_\_ SI  NO  Causa: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: todas

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Soledad Belczer Teléfono: 2364526704  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Firma





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

RENAPER EMISIÓN 002



Apellido / Surname  
**PACHECO**

Nombre / Name  
**JUANA**

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

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**25 JUN JUN 2009**

Fecha de emisión / Date of issue  
**12 SEP SEP 2024**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**12 SEPT SEP 2039**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**49.413.515**

Támite N° / Of. Ident.

**00724974346**

**8713**



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 7/11/2024

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ELUNEY A. PEREZ MARCONE a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPAD MAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es PEREZ MACARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: SEC 20

Fecha de ingreso: 4/12/24

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

MARCONE VANESA M.

BENITEZ 129

SAN NICOLÁS DE LOS ARROYOS

B.S. AS.

DNI 24.446.738

3364 180342

17/12/2008

DNI 49.067.369

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ELUNEY AGUSTINA PEREZ MARCONE  
Domicilio del Titular: BENITEZ 129  
Ciudad: SAN NICOLÁS Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 49067369 Teléfono: 3364180342  
Fecha de Nacimiento: 191208

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)

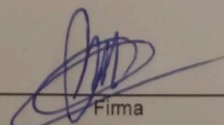
SABIN: 3 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: MARCONE VANESA / PEREZ JORGE LUIS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: 3364-180342 / 184923

Cobertura Médica: OSAP Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 020961/02

  
Firma



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



RENAPER EMISIÓN 002

Apellido / Surname  
**PEREZ MARCONE**

Nombre / Name  
**ELUNEY AGUSTINA**

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

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**17 DIC/ DEC 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**16 AGO/ AUG 2024**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**16 AGO/ AUG 2039**

Trámite Nº / Of. ident.  
**00724055308**

**8713**

Documento / Document  
**49.067.369**



FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

**ELUNEY**







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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: San Nicolas 7/11/24

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

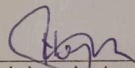
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

SEC. 26.

Fecha de ingreso:

4/11/24

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

Aclaración:

MANUEL ROTOLA

Domicilio:

B° 21 DE SEPTIEMBRE  
GRUPO 4 CASA 3

Localidad:

SAN NICOLAS

Provincia:

Bs As

Tipo y N° doc:

DNI 33722276

Teléfono:

3364 614317

Fecha de nacimiento el/la menor:

13/12/2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 49068422

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: LUISIANA AGUSTINA ROTZELA  
Domicilio del Titular: BARRIO ZIÑE SEPTIEMBRE 6407  
Ciudad: STAN NICOLAS Provincia: BUEHOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNT 49068427 Teléfono: 3364614317  
Fecha de Nacimiento: 13/12/09

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar) \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

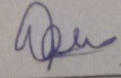
4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: \_\_\_\_\_  
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_  
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: NAHUËC ROTZELA Teléfono: 3364 614317  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



RENAPER EMISIÓN 002

Apellido / Surname  
**ROTELA**

Nombre / Name  
**LUISANA AGUSTINA**

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

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**13 DIC / DEC 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**18 DIC / DEC 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**18 DIC / DEC 2038**

Trámite N° / Of. ident.  
**00714458414**

**8713**

Documento / Document  
**49.068.422**

Ejemplar  
**A**

**LUISANA ROTELA**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 07/11/24

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a YANCOMAY SANTINO a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMICAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr<sup>as</sup> PEREZ MASARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: SEC. 26  
Fecha de ingreso: 4/12/24

YANCOMAY  
MARIANA

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

Aclaración: YANCOMAY  
MARIANA

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: JUAN DE GARAY 68

Provincia: SAN NICOLAS

Tipo y N° doc: BUENOS AIRES

Teléfono: D.N.I.: 33.514.940

Fecha de nacimiento el/la menor: 3364

Tipo y N° documento el /la menor: 24-10-04

D.N.I. 44.978.640

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido SANTINOGA ELY ANCO MAY  
Domicilio del Titular JUAN SEGAYAYGB  
Ciudad SANNICOLAS Provincia BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento DNI 44948640 Teléfono 3364623328  
Fecha de Nacimiento 24/10/04

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? \_\_\_\_\_

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

Causa: \_\_\_\_\_

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

(\*) Síntomas: \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

MAMÁ 3364623328  
3364003152





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



RENAPER EMISIÓN 002

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname  
YANCOMAY

Nombre / Name  
SANTINO GAEL

Sexo / Sex  
M  
Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth  
24 OCT / OCT 2007

Fecha de emisión / Date of issue  
21 DIC / DEC 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
21 DIC / DEC 2037

Ejemplar  
A

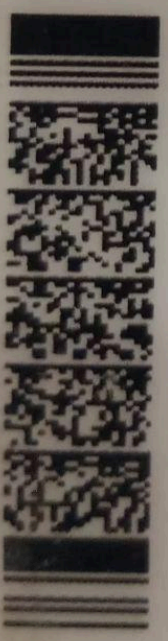
SANTINO

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

47.978.640

Trámite N° / Of. ident.  
00697556578  
8713



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: EZEQUIEL ZARATE  
Domicilio del Titular: PIOLIN CASA 19  
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BORNOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DN 340222102 Teléfono: 3364760077  
Fecha de Nacimiento: 080707

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: Congestión y dolor de cabeza

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: \_\_\_\_\_

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN 2 BCG 1 SARAMPION 2 TRIPLE 1 COVID 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SAHANTA ZARATE (MAMA) Teléfono: 3364760077

Cobertura Médica: NO Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 16/11/24

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Yacaré Cayriel a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapalmala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(a) Perez Macarena que asumirá la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

[Firma]

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

Aclaración: Solamente Yacaré

Domicilio: Pedraza 49

Localidad: San Nicolás

Provincia: B.S.A.S.

Tipo y N° doc: 34205591

Teléfono: 3364260077

Fecha de nacimiento el/la menor: 06/07/07

Tipo y N° documento el/la menor: B DNI 48227A



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



REQUERIR EMISION 002

Apellido / Surname  
ZARATE

Nombre / Name  
EZEQUIEL AGUSTIN

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality    Ejemplar  
M            ARGENTINA                            A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
06 JUL / JUL 2007

Fecha de emisión / Date of issue  
10 JUN / JUN 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
10 JUN / JUN 2037

EZEQUIEL

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.227.102

Trámite N° / Of. Ident.  
00690076186  
9264



Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: NELI DAGUARDI ELA AGAOF  
Domicilio del Titular: NOBTEO 765  
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: DN 23746370 Teléfono: 2364196148  
Fecha de Nacimiento: 10/01/74

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? PRESION ALTA.

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

Causa: .....

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

(\*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: 336411555 Hib. Teléfono: LAOTARO HUSSO

Cobertura Médica: — Teléfono: —

N° Afiliado: —





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



Apellido / Surname  
**ARAOZ**

Nombre / Name  
**NELIDA GABRIELA**

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

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**10 ENE/ JAN 1974**

Fecha de emisión / Date of issue  
**02 JUL/ JUL 2012**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**02 JUL/ JUL 2027**

FIRMA DEL IDENTIFICADO

Documento Nº / Document Nº

**23.746.370**

Trámite Nº / Orident  
**0044209210931**



23746370

RENAPER EMBOSN 002



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: NAHUGU ROZELA  
Domicilio del Titular: 621 DE SEPTIEMBRE 61 CS  
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: LUGANO AIROS  
Tipo y N° de Documento: DNI 33722276 Teléfono: 3364619317  
Fecha de Nacimiento: 100588

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

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: \_\_\_\_\_

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

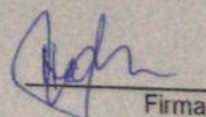
SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCOS FIGUEROA Teléfono: 3364608473

Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma





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



Apellido / Surname  
**ROTELA**

Nombre / Name  
**NAHUEL ARMANDO**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality  
**M**      **ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**10 MAY / MAY 1988**

Fecha de emisión / Date of issue  
**11 MAR / MAR 2013**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**11 MAR / MAR 2028**

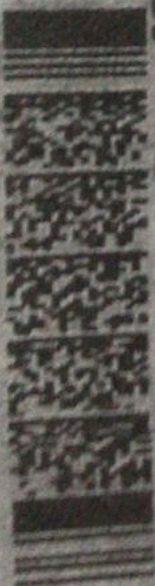
Trámite N° / Of. Ident.  
**00173027047**  
**8006**

*Nahuel Rotela*  
 FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE

33722276

Documento / Document

**33.722.276**





**DECLARACION JURADA**  
**Ficha Médica**

**Ministerio de Turismo y Deportes**  
**Dirección Nacional de Turismo Social**

1. DATOS

Nombre y Apellido **F E R N A N D O L A U T A R O M A R T I**  
Domicilio del Titular **P E L L E G R I N I 2 6 2 9**  
Ciudad **S A N N I C O L Á S** Provincia **B S A S**  
Tipo y N° de Documento **3 8 8 4 9 6 6 5** Teléfono **3 3 6 4 2 3 7 3 4 0**  
Fecha de Nacimiento **0 5 0 7 9 5**

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: ..... 2 ..... SARAMPION: ..... 3 ..... TRIPLE: ..... 5 ..... COVID: ..... 3 .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido Dario Fabian Marti Teléfono: 336-4582007  
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: .....  
N° Afiliado: 1-38849665-000



Fernando Lázaro Marti  
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARGARENA PEREZ  
Domicilio del Titular ALEM ZGA  
Ciudad LANNICOLAS Provincia BS AS  
Tipo y N° de Documento DNI 33429026 Teléfono 3364365333  
Fecha de Nacimiento 07/11/87

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: APENDICITIS / CESÁREA

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: APENICIA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: x BCG: x SARAMPION: 1 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MOCHEL NOYA Teléfono: 3364577337

Responsable Médica: LOMA Teléfono: \_\_\_\_\_

\* Afiliado: 233429026500

