

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: JOAQUIN GONZALEZ GONZALEZ
Domicilio del Titular: CALLE 2302022 AVANNA CARRERA 40
Ciudad: BOGOTÁ Provincia: BOGOTÁ
Tipo y N° de Documento: 621486963 Teléfono: 2262 522963
Fecha de Nacimiento: 7/2/08

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: EVA NOEMIGERREZ

Cobertura Médica: 1. OHA

Teléfono: 2262 552967

Teléfono: 02264 498.915

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: JNF. 23.10.2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a JUAN ROMÁN GEREZ 6 a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el Complejo "Campus Santo Tomás" de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ELS N° 19

Fecha de ingreso: 27/10/2025

E. J. G.

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

Aclaración: EVANGEREZ

Domicilio: 25 E 20p 22

Localidad: JUAN D FERNANDEZ

Provincia: BS AS.

Tipo y N° doc: DNI 21448315

Teléfono: 2262-552967

Fecha de nacimiento el/la menor: 12-08-2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48696303

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido AYARON GEREZ ORTIZ
Domicilio del Titular CALLE 38 9 25 9 24
Ciudad NECOCHEA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48236433 Teléfono 2262559309
Fecha de Nacimiento 230809

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ESTEFANIA ORTIZ

Teléfono: (2262) 559309

Cobertura Médica:

Teléfono:

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: J.N.F. 23/10/2025

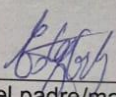
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a AYRTON GEREZ ORTIZ a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo "Campus Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s)/es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 19

Fecha de ingreso: 27/10/2025


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

Aclaración: ESTEFANIA ORTIZ

Domicilio: CALLE 38 y 25 y 27

Localidad: JOAN. N. FERNANDEZ

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 36.616.414

Teléfono: 2262-559309

Fecha de nacimiento el/la menor: 23/08/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 48.236.433

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Juan.N.Fernandez 23/10/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Cabrera, Valentina. a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo "Campus Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s)/es Luz Gomez, Karen Silva. que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S. 19.

Fecha de ingreso: 24 de Octubre del 2025

Maria Soledad Banega
Firma del padre/madre, tutor/a o
encargado/a

Aclaración: Maria Soledad Banega.

Domicilio: 16 N° 2011.

Localidad: Juan.N.Fernandez

Provincia: Bs. AS.

Tipo y N° doc: DNI 3004934

Teléfono: (2262) 487924.

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/02/2009.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 48696324.

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido CABECERA VALENTINA JAEL
Domicilio del Titular 16 20 11
Ciudad JUAN FERNANDEZ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento H8696324 DNI Teléfono 2262487924
Fecha de Nacimiento 240209

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: 4 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: NO

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Médico de turno

Teléfono: —

Cobertura Médica: —

Teléfono: —

1

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido LUCIA KARLENA MARTINEZ
Domicilio del Titular CAVE 43 ME 905 JUAN AV. FERR
Ciudad J.N. V. 123 Provincia B.S. AS.
Tipo y N° de Documento DNI 847110605 Teléfono 2202-231072
Fecha de Nacimiento 18/06/58

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: ESTACIONAL.

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: CARINA ACOSTA
Abertura Médica: ALEJANDRO MARTINEZ

Teléfono: _____

Teléfono: _____

(Medicos de turno)

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2025 J.N. Fdez

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCIA MARTINEZ a participar del
Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo "Campus
Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su
regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es
RACEN SILVA Y LUZ GOMEZ que
asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEES. N° 129

Fecha de ingreso: 27/10/2025

Carina Acosta

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

Aclaración: CARINA ACOSTA & MARTINEZ

Domicilio: CALLE 43 N° 905

Localidad: JOAQUIN N. Fdez

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI: 25.198.098

Teléfono: 2262-335792

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.186.095

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: BARBARA BLASCO ITUARTE
Domicilio del Titular: RUTA 66 KM 65,9
Ciudad: FERNANDEZ Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 40929174 Teléfono: 2494278042
Fecha de Nacimiento: 12-2-09

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MEDICO DE GUARDIA Teléfono:

Cobertura Médica: OSPERA Teléfono:

TITULAR
3200369
JOSE BLASCO

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 23-10-2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a BLASO STUARTE BARBARA a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo "Campus Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es LUZ GOMES Y KAREN SILVA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 19

Fecha de ingreso: 27-10-2025

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

Aclaración: STUARTE FIANNA

Domicilio: RUTA 86 Km 65.5.

Localidad: JUAN. N. FERNANDEZ

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI: 37014645

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento el/la menor: 12-2-2009

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 48929174

Stuart
Firma

Firma

Sturto
Firma

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

NELISA VILLALBA DESPOUX

Domicilio del Titular

CALLE 20 NUMERO 1365

Ciudad

JUAN FERRER

Provincia

BUCARSALE

Tipo y N° de Documento

DN 348696323

Teléfono

2262 246356

Fecha de Nacimiento

040209

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: Mariana Despoux (madre)

Cobertura Médica:

Teléfono: 2262-246343

Teléfono:

(Médico de turno)

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/2025 J.N.Fdez

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Melisa Villalba Desouza a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo "Campus Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es Karen Silva y Luz Gomez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 19

Fecha de ingreso: 27/10/2025

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

Aclaración: marianela Desouza

Domicilio: calle 20 N° 1365

Localidad: Juan N Fernandez

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 34748455

Teléfono: 02262-15246343

Fecha de nacimiento el/la menor: 07/02/2009

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48696323

N° Afiliado: _____

[Handwritten Signature]
Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23-10-2023

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CONAN ELIAS FRAU a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo "Campus Santo Tomás" de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES 19

Fecha de ingreso: 27-10-2023

[Firma]

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

Aclaración: CINTIA ELISABET NUZZA

Domicilio: CALLE 41 entre 32 y 34

Localidad: JUAN V. FERNANDEZ

Provincia: B.S. AS

Tipo y N° doc: DNI 35590.816

Teléfono: 2262-221128

Fecha de nacimiento el/la menor: 30-8-2007

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 48.236.464

DECLARACION JURADA
N° Afiliado: _____

07.11.11
Firma

1. DATOS
Nombre y Apellido: _____
Código del Town: _____
Código: _____
Tipo y Año de Documento: _____
Fecha de Nacimiento: _____

2. INFORMANTE
Town: ☐ Particular: ☒ Responsable: _____

3. ANTECEDENTES
3.1. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento farmacológico o quirúrgico?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
3.2. ¿Osteoartritis (dolor en las articulaciones)?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
3.3. ¿Tiene algún tipo de alergia?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
3.4. ¿Osteoporosis?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
3.5. ¿Problemas de visión?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____

4. TRATAMIENTO
4.1. ¿Recibe tratamiento farmacológico?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
4.2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____
4.3. ¿Recibe alguna terapia física?
SI ☐ NO ☒ Causa: _____

5. VACUNAS (Indicar año de la Dosis)
Dosis: _____
Tipo: _____
Año: _____

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido ROMONEL ELIAS FIANCLO
Domicilio del Titular CALLE 41 GUTIERREZ 32 Y 37
Ciudad JUAN FERNANDEZ Provincia B.B. AL
Tipo y N° de Documento 48136464 Teléfono 2262221128
Fecha de Nacimiento 30/02/07

2. INFORMANTE

Titular ☐

Padre/Madre: ☒

Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI ☐ NO ☒ Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI ☐ NO ☒

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*) ☐ NO ☒

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☐

Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☐

Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Medico de Turno

Teléfono: 2262 22 1128

Cobertura Médica:

Teléfono:

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 23/10/25 S.N.F

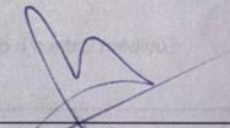
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a PINTOS BRISA a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo "Campus Santo Tomás" de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es SILVA KAREN Y GÓMEZ MARÍA LUZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Escuela secundaria nº 19

Fecha de ingreso: 23/10/25


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

Aclaración: SOJO JOSEFINA

Domicilio: 43 EL 20 Y 22

Localidad: JUAN. N. FERNÁNDEZ

Provincia: B.S. A.S.

Tipo y N° doc: DNI 35590861

Teléfono: 2262247306

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/01/09

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48696319

Nº Afiliado:

98696319

Firma _____

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido PINTOS BRISA CAMILA
Domicilio del Titular 43 ENTRE 20 Y 22
Ciudad JUNN FERNANDEZ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 4866319 Teléfono 2262659241
Fecha de Nacimiento 21/2009

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Jorgelina Sosa

Teléfono: 2262 24306

Cobertura Médica: medico de turno

Teléfono: _____