

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: ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES  
Y MEMORIA  
Lugar, día y hora de salida:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS  
Lugar, día y hora de regreso:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Campus Santo Tomás, Av. Carlos  
Tejedor 3475, Mar del Plata

Nombres y teléfonos de los acompañantes: FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066

PAULA VECINO TEL 2494490606

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

.....

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

.....

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a PEOLO UICIO AYALA  
MANGIOLI ..... DNI 50.651.407 que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL**  
**PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la  
localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo  
lectivo.

2- 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	JOSFA.
	X		Nº Socio	50.651.407.

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)

.....  
ALICIA MANGIOLI (MADRE) 1131601252

.....  
RAMON AYALA (PADRE) 1151603862

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

*Alicia Mangioli*  
Alicia Aldana  
Mangioli

DNI: 30.369.166

Fecha: 29/09/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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: ENCuentro CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES  
Y MEMORIA  
Lugar, día y hora de salida:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS  
Lugar, día y hora de regreso:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Campus Santo Tomás, Av. Carlos

Tejedor 3475, Mar del Plata

Nombres y teléfonos de los acompañantes: FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066

PAULA VECINO TEL 2494490606

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

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

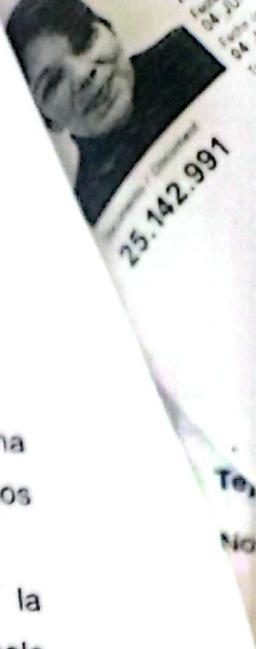
Por la presente autorizo a mi hijo/a CARRO MEDINA BENJAMIN

..... DNI 49662529 que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCuentro CIERRE DEL  
PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la  
localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo  
lectivo.

7. SALUD (completa el padre/madre)  
Deje aquí constancia de cualquier indicación de riesgo 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)

11 2530 - 0254 (MAMÁ)  
2494 52 - 6833 (HERMANO)

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

DNI: 25142991

Fecha: 30/09/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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: **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES  
Y MEMORIA**  
Lugar, día y hora de salida:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS**  
Lugar, día y hora de regreso:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Campus Santo Tomás, Av. Carlos**

**Tejedor 3475, Mar del Plata**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: **FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066**

**PAULA VECINO TEL 2494490606**

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a ..... **CARUSO** .....

..... **ALFONSIÑA** ..... DNI **49163300** que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL  
PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la  
localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo  
lectivo.

2- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):  
Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal médico: .....

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

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.  
Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.  
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

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

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

2494-245348 (HERMANA)

2494-548056 (MAMA)

2494-321950 (TIA)

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

DNI: 46560056

Fecha: 30/09/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**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: **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA**  
Lugar, día y hora de salida:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS**  
Lugar, día y hora de regreso:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Campus Santo Tomás, Av. Carlos**

**Tejedor 3475, Mar del Plata**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: **FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066**

**PAULA VECINO TEL 2494490606**

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Lucas Ariano .....  
..... DNI 50 779904 que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo lectivo.

2. SALUD (complete el padre/madre, tutor o responsable)  
Dejo constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: .....

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

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.  
Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.  
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.  
Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)  
.....  
2494 (060300) .....

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

DNI: 31227949 .....

Fecha: 29/09/25 .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**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: **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA**

Lugar, día y hora de salida:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS**

Lugar, día y hora de regreso:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Campus Santo Tomás, Av. Carlos**

**Tejedor 3475, Mar del Plata**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: **FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066**

**PAULA VECINO TEL 2494490606**

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a ELIAS DECIMA  
..... DNI 50.765.711 que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo lectivo.

2- 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	
		<input checked="" type="checkbox"/>	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)  
 .....  
 2494003641 (Madre)  
 .....  
 2494604659 (Padre)  
 .....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: ..... *Holier* .....

DNI: ..... 33.789.021 .....

Fecha: ..... 1 / 10 / 25 .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**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: **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA**  
Lugar, día y hora de salida:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS**  
Lugar, día y hora de regreso:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Campus Santo Tomás, Av. Carlos**

**Tejedor 3475, Mar del Plata**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: **FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066**

**PAULA VECINO TEL 2494490606**

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

.....  
Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

.....  
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

.....  
Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Denicolay Malena

..... DNI 50361494 que concurre al Establecimiento Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14,15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo lectivo.

2- 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	Avalian
	X		Nº Socio	292003/39

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)

.....  
 Abuela 2494020331  
 Padre 2494240753  
 .....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: .....  
 Rosa Morales madre

DNI: 27357521 .....

Fecha: 1/10/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Apellido / Surname  
DENICOLAY

Nombre / Name  
MALENA

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
F                      ARGENTINA                      B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
18 AGO / AUG 2010

Fecha de emisión / Date of issue  
28 JUL / JUL 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
18 AGO / AUG 2025

Trámite N° / Of. Ident.  
00667703124  
7612

*Malena*  
FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document  
**50.361.494**

DOMICILIO: MONTEVIDEO 557 1 - TANDIL - TANDIL - BUENOS  
AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

HUO/A DE:  
DENICOLAY, Matias David  
DNI: 30881010

HUO/A DE:  
MORALES, Rosa Elizabeth  
DNI: 27357521

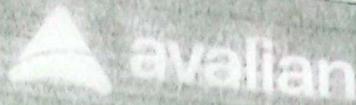


*Dr. Eduardo E. de Pedro*  
Dr. Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior



PULGAR

CUIL. 23-50361494-4



292003 39

DENICOLAY MALENA

Integral  
AS204

DNI 50361494  
DOC. IDENTIDAD

04/2023  
INGRESO

GRAVADO  
CONDIC. IVA

PLAN  
40 %  
COB. FARM.

Inscripción en el R. N. E. M. P. nro 1194

RECIBO 011/23

**Emergencias: 0800 555 5556**

**Atención al asociado: 0810 222 72583**

**avalian.com**

Esta credencial es personal e intransferible. Su uso se rige por los términos y condiciones detallados en el reglamento vigente. Deberá ser presentada ante todo requerimiento de atención junto con el DNI del asociado.

En caso de hallar esta credencial, se riega devolverla a Casa Central, Combate de los Pozos 220, CABA. Superintendencia de Servicios de Salud. Órgano de control Tel: 0800 222 72583 - www.sssalud.gov.ar



avalian



la segunda  
SEGUROS

COOVAECO



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: ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES  
Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS

Lugar, día y hora de regreso:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Campus Santo Tomás, Av. Carlos

Tejedor 3475, Mar del Plata

Nombres y teléfonos de los acompañantes: FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066

PAULA VECINO TEL 2494490606

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

.....

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

.....

Otros datos de interés:

(Carpas, sillas) presentadas  
(Botas, alcohol) presentadas

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Tiara Morena Lopez .....

Leiva ..... DNI 50.579.664 que concurre al Establecimiento

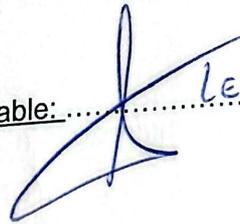
Educativo E.E.S.N °1 ANEXO 3011 del distrito de TANDIL a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al ENCUENTRO CIERRE DEL  
PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de MAR DEL PLATA los días 14,15 y 16 de OCTUBRE del presente ciclo  
lectivo.

2- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):  
 Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: .....

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

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.  
 Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.  
 Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.  
 Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)  
 .....  
 154 375899 (MAMA CRODINA)  
 .....  
 154 467842 (ABUELO CROLOS)  
 .....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: .....  
 Leina Crodina

DNI: 37.351.788 .....

Fecha: 29/09/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**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: **ENCUENTRO CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA**

Lugar, día y hora de salida:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS**

Lugar, día y hora de regreso:

**TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Campus Santo Tomás, Av. Carlos**

**Tejedor 3475, Mar del Plata**

Nombres y teléfonos de los acompañantes: **FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066**

**PAULA VECINO TEL 2494490606**

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

*AVENIDA JABONERA  
AVENIDA CZEFAJONERA*

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a MATEMA PASARIN  
..... DNI 50357953 que concurre al Establecimiento

Educativo **E.E.S.N °1 ANEXO 3011** del distrito de **TANDIL** a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al **ENCUENTRO CIERRE DEL**  
**PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA** a realizarse en la  
localidad de **MAR DEL PLATA** los días **14, 15 y 16** de **OCTUBRE** del presente ciclo  
lectivo.

2- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):  
 Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: .....

Tiene Obra Social/Prepaga	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOMA
			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)  
 .....  
 15464 8816 ABUELA  
 .....  
 154 21 7353 ABUELA  
 .....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: .....  
 PASAMIN FELIX

DNI: 27082749 .....  
 27082749

Fecha: 30 / 1 / 25 .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

Apellido / Surname

PASARIN VELEZ

Nombre / Name

MATILDA

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

10/09/1981 / OCT 2010

Fecha de emisión / Date of issue

12/05/2015 / MAY 2015

Vencimiento / Date of expiry

10/09/2025 / OCT 2025

NO FIRMA / SIGNATURE

Documento / Document

50.357.953

Trámite / Ident

0036833037

7537





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: ENCuentro CIERRE DEL PROGRAMA DE JÓVENES  
Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 14/10/25- 6HS

Lugar, día y hora de regreso:

TANDIL-TERMINAL DE OMNIBUS- 16/10/25- 10HS

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Campus Santo Tomás, Av. Carlos

Tejedor 3475, Mar del Plata

Nombres y teléfonos de los acompañantes: FERNANDA MAZZEI TEL 2494644066

PAULA VECINO TEL 2494490606

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

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): .....

Otros datos de interés:

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

Perez Luciana

*[Handwritten Signature]*

32793232

Por la presente autorizo a mi hijo/a

PENDAS THIAGO BENJAMIN

50.529.563 ..... DNI

que concurre al Establecimiento

Educativo E.E.S.N °1 ANEXO 3011 del distrito de TANDIL a participar de la Salida  
Educativa / Salida de Representación Institucional al ENCuentro CIERRE DEL  
PROGRAMA DE JÓVENES Y MEMORIA a realizarse en la  
localidad de MAR DEL PLATA los días 14,15 y 16 de OCTUBRE del presente ciclo  
lectivo.

2- 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	JOMA
			Nº Socio	137165409103

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

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

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

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

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

.....  
MAMA 2494 521847  
PAPA 2494 521906  
.....  
.....

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

DNI: 32793232 .....

Fecha: 30/9/2025 .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**ANEXO VIII**  
**DOCENTE**  
**DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADO**

Quien suscribe MARCE PAVIA FERNANDEZ DNI .....  
28205766 domiciliado/a en la calle 14 de Julio 132 de la  
localidad de TANIM que concorre a la salida educativa / de  
institución ANEXO 2011 participará de la salida educativa / de  
representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de  
MAR DEL PLATA el día/ los días 14 11 16 del  
mes de NOVIEMBRE del año 2025

Dejo constancia de que he sido informado/a de las características de la salida, las actividades a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán las actividades.

Autorizo a las y los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin previo aviso, sobre lo cual seré informado/a durante el desarrollo de la salida.

Tomo conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.

Asumo el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para mi formación.

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

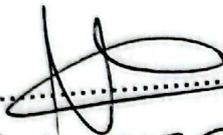
Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.



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

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

Tel: 2494 56 53 47 (usa)  
 Tel: 2494 52 33 99

Firma: 

DNI: 28700966.....

Fecha: 1,10,2025



# CERTIFICACIÓN AFILIATORIA

Datos Personales		Datos Afiliatorios							
<b>Apellido y Nombre</b> MAZZEI MARIA FERNANDA		<b>CUPI</b> 27-28200966-3	<b>N° Afiliado</b> 2282009665/00						
<b>Sexo y N° Documento</b> F 28200966		<b>Tipo</b> Obligatorio Titular							
<b>Fecha Nacimiento</b> 15/08/1980		<b>Origen Afiliatorio</b> PROVISIONALES (DGCYE)							
<b>Domicilio</b> 14 DE JULIO N°732 0 0		<table border="1"><thead><tr><th>Origen</th><th>Entidad</th><th>Anexo</th></tr></thead><tbody><tr><td>10</td><td>P2007</td><td></td></tr></tbody></table>	Origen	Entidad	Anexo	10	P2007		
Origen	Entidad	Anexo							
10	P2007								
<b>Partido</b> 791 - TANDIL	<b>Localidad</b> TANDIL	<b>Estado Afiliatorio</b> Afiliado Activo							
<b>Teléfono</b> (2494) 447585		<b>Fecha Alta</b> <b>Fecha Cese</b> 27/02/2013      29/02/2024							

**ANEXO VII**

**DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADO**

Quien suscribe VECINO MARÍA PAUL DNI 32925122  
domiciliada/o en la calle MARCELO ALESSI 202 de la  
localidad de TANDIL que concurre a la  
institución SES N° 1 - BUENOS AIRES participará de la salida educativa / de  
**representación institucional** (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de  
MAR DEL PLATA el día/ los días 19, 20, 21 del  
mes de NOVIEMBRE del año 2023

Dejo constancia de que he sido informada/o de las características de la salida, las actividades a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán las actividades.

Autorizo a las y los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin previo aviso, sobre lo cual seré informada/o durante el desarrollo de la salida.

Como conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.

Conozco el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para mi formación.

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

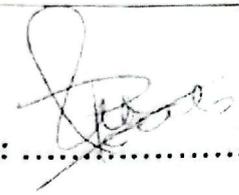
NINGUNA

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y a que se cumpla con las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IONA
			Nº Socio	2329251263/00

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

HECUMOS 2446 280428  
 MADRE 2446 542130

Firma:  ..... DNI: 32425122 .....

Fecha: 2/10/23 .....

**CERTIFICACIÓN AFILIATORIA**

Datos Personales		Datos Afiliatorios							
<b>Apellido y Nombre</b> VECINO MARIA PAULA		<b>CUIL</b> 27-32425122-2	<b>N° Afiliado</b> 2324251225/00						
<b>Sexo y N° Documento</b> F 32425122		<b>Tipo</b> Obligatorio Titular							
<b>Fecha Nacimiento</b> 09/07/1986		<b>Origen Afiliatorio</b> SISTEMA INTEGRADO DE SALUD - TANDIL (PLANTA PERMANENTE)							
<b>Domicilio</b> CASEROS N°746	<b>Localidad</b> TANDIL	<table border="1"><thead><tr><th>Origen</th><th>Entidad</th><th>Anexo</th></tr></thead><tbody><tr><td>04</td><td>D2791</td><td>02</td></tr></tbody></table>	Origen	Entidad	Anexo	04	D2791	02	
Origen	Entidad	Anexo							
04	D2791	02							
<b>Partido</b> 791 - TANDIL		<b>Estado Afiliatorio</b> Afiliado Activo							
<b>Teléfono</b>  (249) 4490606		<b>Fecha Alta</b> <b>Fecha Cese</b> 20/02/2025							

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de IOMA <http://www.ioma.gba.gov.ar>. Esta certificación deberá estar acompañada por el DNI para comprobar la identidad del portador de la misma.

**Válido como credencial hasta la fecha de su cese afiliatorio consignado en la parte superior.**

Certificación afiliatoria N°: 15448512

Fecha 20/02/2025 Hora 10:05:21



