ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

Quien suscribe JUAN CARUZ GENO DNI 48 302 894 domiciliada/o en la calle Coste Co
localidad de Saturitionel que concurre l' a la
institución E 5 Nº 14 , participará de la salida educativa / de
representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
Ensena 23 el día/ los días 15,165 17 del
mes de
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.
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
a adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.



IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE

página 1 de 2

Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	1054
Social/Prepaga			Nº Socio	48302894.

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

Rosario 1125419192

Firma: 01/20 DNI: 24657547



IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE

página 2 de 2

1. DATOS	
Nombre y Apellido	JUANCRUZ GALLO
Domicilio del Titular	COMSTANCIO VIIGIL 3034
Ciudad	SAN MIGUEU Provincia QS AS
Tipo y N° de Documento	DN148302884 Teléfono 11125418482
	Fecha de Nacimiento 420807
. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):
	enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO	/
3.2. Durante los ú	ıltimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ NO X
Causa:	
3.3. Tiene algún t	tipo de alergia: SI (*) NO 📉
(*) Síntomas:	
Recibe Trata	miento permanente? SI NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratar	miento médico? SI NO
Especificar:	
4.2. Ha sido inten	venido quirúrgicamente? SI NO S Especificar:
4.3. Presenta alg	una limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Can	tidad de Dosis)
SABIN: TODAL	BCG: SARAMPION: 4000 TRIPLE: TOMS COVID: 400
EN CASO DE EMERGEN	CIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: 60	110 Pros APri O Teléfono: 1128419197
Cobertura Médica:	Teléfono:
N° Afiliado:	
	MIL

DNI

ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

48180 859

MUNO 2. ROCIO Palamo domiciliada/o en la calle Marco Sastre 1939. de la localidad de Santa Marco Sastre 1939. de la institución. E. E. S. Nº 14. participará de la salida educativa / de representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de ENSENADA el día/ los días 15, 16 y 17 del mes de NOVIEMBRE del año 2025
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.
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 a adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.

IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE





Tiene Obra	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	O SPEDYC
Social/Prepaga	3(Nº Socio	1472626001

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

Fecha: 5.1.10.12025

The same of the same transfer of the	사용 아이들은 그렇지 부모님이 많은 가득하는 경우다가 되었다. 나는 사람들은 사용하게 되었다. 그 아이들은 사용하는 사용하는 사용하는 것은
1. DATOS	
Nombre y Apellido	RIO ICITI DI IPIALIOIHIAI IMIUNUIZI I I I I I I I I I I I I I I I I I I
Domicilio del Titular	MARCOS BASTRE 4939
Ciudad	SIAIN MILIGUEL Provincia RIS IAIS IIII
Tipo y N° de Documente	DINIT 4181118108159 Teléfono 11172181614101911
	Fecha de Nacimiento
2. INFORMANTE Titular HANNE	Padre/Madre: HANDE Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alg	una enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
	NO CUAI? TRATAMIENTO PSICOLOGICO.
	os últimos 3 años fue internado alguna vez?
Causa:	
3.3. Tiene alg	ún tipo de alergia: SI (*)
(*) Sintor	nas:
Recibe T	ratamiento permanente? SI NO LL.
4. TRATAMIENTOS	atamiento médico? SI NO 🖟
	ar.
	ntervenido quirúrgicamente? SI NO NO Especificar.
4.3. Presenta	alguna limitación física? SI NO W Cuál:
5. VACUNAS (Indicar C	antidad de Dosis)
	S BCG: TOSAS SARAMPION: TOSAS TRIPLE: TOSAS COVID: 2.
	ENCIA COMUNICARSE CON: 11 246794 45
Nombre y Apellido:	ARCEH ANALIA FUNES Teléfono: 1127503372
Cobertura Médica:	050ED4. Teléfono:
N° Afiliado:	which,
	Firma
	Filma

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):

december to the second
Nombre del Proyecto de la Salida: Josepes L. Memoria 2025 "Con el corafe del presente nacenos el culturo"
Lugai, dia y nora de salida:
CC. UN65, Av. Roca 800, 500 Mignel /15.11.25 07:00/15
Lugar, día y hora de regreso: CC UNGS, A. Loco 850, Son Myvel/17.11.25
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Completo hecrestivo Municipal CFK
Nombres y teléfonos de los acompañantes:
Nombres y teléfonos de los acompañantes: Micaela Valazarez 1556653678 / Cristian del Valle 1138007384 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Infraestructura disponible:
Hospitales y
centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hosp. Municipal Purio Lo ra (a 1.1 km aprix) Almitante Brown 5 calle 78 / 02216441377 Otros datos de
interés:
······································
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Por SHARDY ABIGAIL HAIDANA
Educativo
CONTEND OF LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
página 1

EESN	70		a participar de la	Salida Educativa / Salida de
Representación				
			el/l	los día/díasdel
mes dedel present	e ciclo	lectiv	o.	
			IF-2024	-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE
3- SALUD (comple	ta el p	oadre/	madre, tutor o respo	onsable):
Dejo aquí constan	cia de	cualq	uier indicación nece	esaria deba conocer el personal
docente a cargo y				
médico:	to the second			na produktora konkonko konko

Carlotte and white the same				and the control of th
	S	N	Nombre de la	
Tiene	í	19	Obra Social/	
		1 V I	Dranaaa	
Obra Social/ Prepaga		 	Prepaga Nº Socio	es do sovial asse anexo a las

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)	
1133806929 (MOMO) 1134872284(Tro).	
4465-5456 (BBuels)	
113333 4507 (POP)	
Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:	
lomos no	TYLY
DNI: 28.963907	
Fecha: 5/11/25	

Aclaración:

El punto 1 debe ser completado por la Escuela antes de enviar este anexo a las familias. El presente anexo debe ser firmado por el adulto responsable y debe ser devuelto a la escuela (en papel, con firma original).

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Al momento de realizar la Salida Educativa el/la docente responsable debe portar el anexo VI de la s y los estudiantes.



1111	+	-		-	-	-	1-1	-		-	4	-	-	-	DI	:CL	AK	ACI	THE TOTAL	-	September 1	DA	7	1-1	-
11-		-		-	-	-	\vdash	-	-	-	4	-		-	-	-	-	1		Fici	na l	Méd	dica		-
				-	4	-	$ \cdot $				1		and the same	1		-	-	_	_	-		-			
			-		consisting in	-	-	(Cree)	E-record	-consider	-		-	-	-	-	*******	-	-	N. C. Terro	-	Server .	-		_
											Carpoteness of the Control								-	-					
1. DATOS						-	-			-	-	-		-	-	-	-	-	+	-	-	-	-		+
					-			•	aning pa									-	-	-					
Nombre y Ape	llido	SH	AR	מוט	4	Ale	Bi	6	P	L	(M	Δ	1	0	2	NI	7	+	-	-	-		-	+
Domicilio del	Titula	EL	20	NO	14	13	2	5	6							1	Ì	T	İ	Ì	İ	İ			1
Ciudad		SA	N	MI	0	016	1				Pro	vincia		3	U	9 1	JIC	2 5	+	1/	Vi	1	9	5	-
										erena.el		in the second			1				1	T	İ	İ			1
Tipo y N° de C	ocument	DI	ग्राप	93	5	76	0	3	,,,,,,	and the same of	Te	léfono	-	1	1	3	3 8	30	6	6	3 7	9			-
							1					Fect	a de	Na	cim	ien	0		2	70		10	9		1
								-											-	-	-				
2. INFORMAN Titula	1	Dr	dre/Mac	iro.	×	7	-	-	-	Ote	00/	espec	fica	4	-1			1	1	1	-	1	1	-	+
Tituja		Fa	Ure/Mac	ie.	H			-		Oli	USI	espec	IIICa	1	1	1	I	T	I	I					1
3. ANTECEDE								-		ion.				Served		I		NO. 200				1			1
3,1.	Tiene algun	a enfer	medad o	ue rec	uiera	a pe	riodic	am	ent	e tr	atan	niento	o co	ontr	ol m	iédi	C	-	den	-	-		-		-
	SI N	N	Cual?				-								-										-
3.2	Durante los	último	s 3 años	fue ir	terna	ado a	algun	na v	ez?	-	-	SI		NO	X	1	+	-	+	-	-				
				11			1	1		1					1			I		1		1			-
	Causa:			11	T		1		L	T	I	II				1	1	T	T	I	T				
3.3.	Tiene algu	n tipo d	e alergia		SI	91	-	NO	X		-		\vdash		1	+	+	+	+	+	-	H			-
	(*) Sintomi	38	TI	TT	Т		1	T	T		1	H			T	-	-	T	T	T	T	T			+
	Recibe Tra	tamient	o permi	anente	?	SI		N	X]_									-	L					
4. TRATAMI	TAITOS			+	+		+	İ			-							-	+	+		-			+
4. TRATAMI	Recibe trat	amient	o médic		SI		NC												1	İ					
	Especificar			1-1-			1		1_	1	1_	1					1		1	1	_	1	1	\forall	-
4.2	Ha sido int	ervenid	Ouirir	dicam	atne		SI	+	NC	X	1	Espec	fice	ır		1	1	1	1	1	1	1			-
								-	1							1	1	1	1.	L	1	L	L		
4.3	Presenta a	iguna (i	mitació	TISIC	3		SI	1	NC	X		Cuál:			1		1	1	1	1	1	L		7	
5. VACUNAS	(Indicar Ca	ntidad c	de Dosis					1			T		1						1	1	1	1			
SABI	N:	BCG			SA	RAN	1PIOI	N	-	C Park	Tun.		TR	PL	2		+		C	OVI	D:		-		
				11				-										-	1	I				0	1
EN CASO DI	EMERGENO	CIA CON	MUNICAL	RSECO)		-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
Nombre y A	pellido:			1 1	-				-	1			Tel	éfo	10:			1	1	1	1		100		
Cobertura M	ledica:	1 1	11	1 1	1	!!	1	1	1	l'a	1	1	Tel	éfo	10:	and a		1	1	1	1	1	.1		1
N' Afiliado:		1		1				-	+	-	-			W 4.75	- ALLEN		-	1	-	1	-	-	-		1
Alliado.		11						1			-		1				6	ic	100	P	+	-			
		1		1	-		-	-		-		-	-		- 1	-	1	10000	ma	_	1	61	-		+
	1-1-1-1-											A				and the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of the state of t	- Kirlindardan	-					mil.	++	-
				-	-		-	-				-							-	+	-	-	-		+

ANEXO VI PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria 2025 "con el coraje del presente, hacemos el futuro"

Lugar, día y hora de salida: Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 15.11.2025 07:00 hs

Lugar, día y hora de regreso:Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 17.11.2025 12:00 hs aprox

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal CFK Punta Lara. Av. Almirante Brown 5099 . Ensenada. 0221421-8624 / 0221482-0465

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Micaela Velázquez Espínola 1556653678 Cristian Del Valle 1138007384

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección telefonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Hospital Municipal Punta Lara (a 1,1 km del complejo) 02216441377, Almirante Brown y
calle 78
. Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):





Por la presente						al Estableo	
	well se	CON	DARIN	N°	Y.	del	
Representación	Institucional	а	realizarse	en	la	localidad	
mes de Nours			sente ciclo lec	tivo.			
			IF-2024-350	30478-G	DEBA-C	GCYEDGC	YE



3- SALUD (completa	el pad	dre/ma	dre, tutor o responsabl	e):	
Dejo aquí constancia	de cu	alquier	indicación necesaria o	deba conocer el personal docente	a
cargo y personal méd	lico:	RH	O+ sin Peso 8	Altebiss 8 kg.	
VACUNAS	Co	RP	LETAS		
CONTROLE	2	160	la'teicos co	mp16708.	
Tiene Obra	SI	No \/	Nombre de la Obra Social/Prepaga		
Social/Prepaga		X	Nº Socio		
				rísticas particulares de dicha salid	
como así también	de las	/los re	sponsables de las acti	ividades a desarrollar, medios o	de
			de se realizarán dichas		
Autorizo a las/los res	ponsa	bles de	e la salida a disponer car	nbios con relación a la planificacion	ón
de las actividades e	n asp	ectos a	cotados, que resulten	necesarios, a su solo criterio y s	in
aviso previo, sobre l	o cual	me de	berán informar y fundar	nentar al regreso.	
Autorizo, en caso de	nece	sidad y	urgencia, a hacer aten	der al estudiante por profesionale	es
médicos y a que se	adop	ten las	prescripciones que elle	os indiquen, sobre lo cual requie	ro
inmediato aviso.					
Los docentes a carg	o del d	cuidado	y vigilancia activa de la	as/los estudiantes con menos de 1	18
años de edad no s	erán r	espons	sables de los objetos u	otros elementos de valor que la	os
mismos puedan llev	ar.				
Teléfonos de contac	cto en	caso d	e urgencia: (Consignar	varios)	
1156,006	72	£ -	Politos de H	ana Florescia	•
			Celulor de Po		•
				buela Lily (mater	79)
				AN	
Firma y aclaración	del Pa	dre, Ma	adre, Tutor o Responsa	ble:	
DNI: 30.735.9				Eusepids Rocevi	stilians
Fecha: 6,11,2	025				

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





S				
re y Apellido	PEDPO	IEMI ILI 101	6041	PONOLIAIIII
micilio del Titular	CONSTA	NCIO C	V16	11 2930/3034
iudad	SANINI	60€1	Provincia	BUENOSAIRES
po y N° de Documento	PRHTINA	05044	Teléfono	11156084737
			Fecha	a de Nacimiento
INFORMANTE Titular	Padre/Madre:	<u> </u>	Otros(especific	car):
ANTECEDENTES 3.1. Tiene algun	a enfermedad que re	quiera periódicamente t	ratamiento o	control médico?
SI NO	Cual?			
3.2. Durante los	últimos 3 años fue in	ternado alguna vez?	SI	NO
Causa:				
3.3. Tiene algún	tipo de alergia:	SI (*) NO		
(*) Síntoma	s:			
Recibe Tra	tamiento permanente	? SI NO		
. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe trata	amiento médico?	sı □ No⊠		
Especificar	:	*		
4.2. Ha sido inte	ervenido quirúrgicame	ente? SI NO	Especif	ficar:
	lguna limitación física		Cuál:	
VACUNAS (Indicar Ca	intidad de Dosis) A	UTITETANI CA IACO	BLE KUS	DEUPLE: 4 HPV: 2 12- PA
SABIN: 5	BCG: 1	SARAMPION:	2	TRIPLE: 2 COVID: 3/3-MOI
N CASO DE EMERGE			A THE HALLS HAVE	Construction of the second states of the second section of the second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second second se
ombre y Apellido:	oracis (ou Asociols		Teléfono: 4456094737
obertura Médica:				Teléfono: 911
° Afiliado:				AN buscoio
	grupo y f	ractor		Firma
pe 80: 8	8 Kg.			
2 Haras A	65 m			

DNI

ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O

	Conzalez Apostro domiciliada/o en la calle benito farec 4050 de la
	localidad de Salu Mildor que concurre a la
	institución F F S N 14, participará de la salida educativa / de
	representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
	ENSENADA el día/ los días 15, 16 y 17 del mes de NOVIEMBRE del año 2025
	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.
	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:
,	
F	Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y
la	a adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.

IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE





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

Teléfonos de contacto en ca	aso de urgencia: (Consignar varios)
412CO = [3543 P	(90)16
Firma:	DNI: 30963337
Eachar Midt 25	



1	
nbre y Apel	
omicilio del T	
Ciudad	BIOLENIOS ALIRES Provincia BUENOS ALIRES
Tipo y N° de D	Fecha de Nacimiento 100807
. INFORMAN Titular	TE Otros(especificar):
	Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
	St NO Cual? Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
	Causa:
	Tiene algun tipo de alergia: SI (*) NO (X) (*) Sintomas: Recibe Tratamiento permanente? SI NO (X)
4 TRATAMIE	
	Ha sido intervenido quirurgicamente? SI NOX Específicar:
	Presenta alguna limitación física? SI NOX Cuál:
VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN:	BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: X
	MERGENCIA COMUNICARSE CON:
nbre y Apellid	o: Polo Silvino Telefono: 1122593373
ertura Médica	:Teléfono:
iliado:	Λ_{Λ}

Firms

AQUINO

ANEXO VI PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria 2025 "con el coraje del presente, hacemos el futuro"

Lugar, día y hora de salida: Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 15.11.2025 07:00 hs

Lugar, día y hora de regreso:Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 17.11.2025 12:00 hs aprox

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal CFK Punta Lara. Av. Almirante Brown 5099 . Ensenada, 0221421-8624 / 0221482-0465

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Micaela Velázquez Espínola 1556653678 Cristian Del Valle 1138007384

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección telefonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Hospital Municipal Punta Lara (a 1,1 km del complejo) 02216441377, Almirante Brown y
calle 78
Otros datos de interés:

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



Por la presente autorizo a mi hijo/a AQUINO THIREO

BANCIEL DNI 48504106 que concurre al Establecimiento

Educativo ESCEPLA SCENDARIA Nº 14 del distrito

a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

REPRESENTACIONAL DE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):	
Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente cargo y personal médico: LUA NUM AL LI Y 1 Y 3 Y 3 8 Z	

Tiene Obra	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSS CAC
Social/Prepaga			Nº Socio	48504106

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) 1141434382 (HERMAN) 1128757765 (UMM) 1168795107 (PAPA)

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

DNI:45427625

Fecha: 11 / 11 / 2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





CATOS
Nombre y Apellido
comicilio del Titular PLCHINCHA 3030
Ciudad SAN MIGUEI Provincia RUEVOS AIREB
Tipo y N° de Documento
Fecha de Nacimiento 22011018
2. INFORMANTE Titular Padre/Madre: Otros(especificar): HOZAWN A
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?
Causa:
3.3. Tiene algun tipo de alergia: SI (*) NO[X]
(*) Sintomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI NO[K]
4. TRATAMIENTOS 4.1: Recibe tratamiento médico? SI NO 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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: +ODAS TRIPLE: +ODAS COVID: 2
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Down Jacobscot Telétono: 1414343 82
Cobertura Médica:
Afiliado:

Scanned with
CS CamScanner

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, MA	ADRES, TUTORES C
RES	SPONSABLES (completa la Escuela):	

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria 2025 "con el coraje del presente, hacemos el futuro"

Lugar, día y hora de salida: Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 15.11.2025 07:00 hs

Lugar, día y hora de regreso:Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 17.11.2025 12:00 hs aprox

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal CFK Punta Lara. Av. Almirante Brown 5099 . Ensenada. 0221421-8624 / 0221482-0465

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Micaela Velázquez Espínola 1556653678 Cristian Del Valle 1138007384

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Hospital Municipal Punta Lara (a 1,1 km del complejo) 02216441377, Almirante Brown y
calle 78
. Otros datos de
interés:

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



Por	la	presente	autorizo	a m	i hijo/a	Nico	le 60	nzalez	
			S. Nº14						distrito
	Sam	Mipuel	·····	. a par	ticipar de la	Salida Ed	ducativa /	Salida de	
Re	orese	ntación	Institucional	а	realizars	se er	ı la	localidad	de
9	unta.	Jara				el/	los día/día	as15/16	del
		Novier			resente ciclo				
					IE 2024	25020479	CDEBA	CCCVEDGO	VE

Tiene Obra	Sí	No X	Nombre de la Obra Social/Prepaga
Social/Prepaga			Nº Socio
de transporte a utiliz Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso p Autorizo, en caso d médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a car 18 años de edad no	respo activi- revio, e nece e adop go de o serán	ugares nsables dades sobre sobre lesidad oten las	Mos responsables de las actividades a desarrollar, medios donde se realizarán dichas actividades. s de la salida a disponer cambios con relación a la en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales es prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero do y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de onsables de los objetos u otros elementos de valor que los
mismos puedan llev		raso de	e urgencia: (Consignar varios)
1164768956 11.66933581	(Ma	uche) ovela)	e urgencia. (Consignar varios)
	l Padr	e, Mad	re, Tutor o Responsable: four fonds LANA GONZA
ma y aciaración de			





Apollido	NICOLEGONZALEZ						
y Apellido							
comicilio del Titular	BIEINI (HOLTICIAIRIEIEISIGIBI)						
Ciudad	SANMIGUEL Provincia BUEWOSAIILES						
ripo y N° de Documento	4 8 3 1 2 2 4 5 Teléfono 1 1 6 4 3 2 0 2 4 1.						
	Fecha de Nacimiento 180308						
INFORMANTE Titular	Padre/Madre: X Otros(especificar):						
ANTECEDENTES 3.1. Tiene algun	enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?						
SI NO	Cual?						
3.2. Durante los	últimos 3 años fue internado alguna vez?						
Causa:							
3.3. Tiene algún	tipo de alergia: SI (*) NOX						
(*) Síntoma	s:						
Recibe Trat	amiento permanente? SI NOX						
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe trata Especificar:	miento médico? SI NOX						
	venido quirúrgicamente? SI NOX Especificar:						
	una limitación física? SI NOX Cuál:						
. VACUNAS (Indicar Can							
SABIN:	BCG: X SARAMPION: K TRIPLE: K COVID: K						
N CASO DE EMERGEN	CIA COMUNICARSE CON:						
lombre y Apellido: Lav	12 Gonzalez Teléfono: 1164768956 (me						
obertura Médica:	Teléfono: 1166 933581 (Al						
° Afiliado:	115+2982+2(
	Localmol						

ANEXO VI PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria 2025 "con el coraje del presente, hacemos el futuro"

Lugar, día y hora de salida: Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 15.11.2025 07:00 hs

Lugar, día y hora de regreso:Centro Cultural UNGS, Av. Roca 850, San Miguel 17.11.2025 12:00 hs aprox

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal CFK Punta Lara. Av. Almirante Brown 5099 . Ensenada. 0221421-8624 / 0221482-0465

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Micaela Velázquez Espínola 1556653678 Cristian Del Valle 1138007384

Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Hospital Municipal Punta Lara (a 1,1 km del complejo) 02216441377, Almirante Brown y
calle 78
. Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

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



Por la	present	e autorizo	a m	hijo/a	AMAS	s Eru	K	
			. DNI 4	8757810				
Educativo Son T		661 64114 1		 cipar de la Sal		M ativa / S	del Salida de	distrito
Representa	ación	Institucional	а	realizarse	en	la	localidad	de
					el/los	dia/dia	S	del
mes de 🗸	DUIEN	311	del pre	esente ciclo lec	tivo.			
				IF-2024-350	30478-G	DEBA-0	CGCYEDGC	YE

Dejo aquí constancia cargo y personal mé	de cu dico:	alquier		e): deba conocer el personal docente a
Tiene Obra	Si)	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	ONAZAIV P18FZF8V
Social/Prepaga			Nº Socio	P18F2F8W
transporte a utilizar Autorizo a las/los res de las actividades e aviso previo, sobre l Autorizo, en caso de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a carg años de edad no s mismos puedan llev	y lugar sponsal en aspe o cual e neces adopte o del ci erán re ar.	es don bles de ectos a me del sidad y en las uidado esponsa	de se realizarán dichas e la salida a disponer car ecotados, que resulten e perán informar y fundan urgencia, a hacer aten prescripciones que ello y vigilancia activa de la ables de los objetos u	mbios con relación a la planificación necesarios, a su solo criterio y sin nentar al regreso. der al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero es/los estudiantes con menos de 18 otros elementos de valor que los
11588245	13 (har.	urgencia: (Consignar v 12) HAMANA DMSTRO). JORG	(anos)
Firma y aclaración de	el Padre	e, Mad	re, Tutor o Responsable	e April
DNI 37696438	}			•

Fecha: 10,11,25

Inc.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



os	
ore y Apellido	EKCINKI MICITAISI IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
nicilio del Titular	MEHEINSIAI DISAIPIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
udad	BUENDSAIIRES Provincia BUENDSAIIRES
ipo y N° de Docum	Teléfono TISTESTE TELÉFONO
	Fecha de Nacimiento 080708
2. INFORMANTE Titular	Padre(Madre: X Otros(especificar):
3.1. Tier	ES ne alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI[□ NO Cual?
3.2. Dur	rante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
Ca	usa:
3.3. Tie	ne algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*)	Sintomas:
Re	ecibe Tratamiento permanente? SI NO V
4. TRATAMIEN 4.1. Ro	TOS ecibe tratamiento médico? SI NO.
E	specificar:
4.2. H	a sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Pr	resenta alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (II	ndicar Cantidad de Dosis)
SABIN:	BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2
EN CASO DE EI	MERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellio	10: MAMANA SEGOVIA Teléfono: 1158824513
Cobertura Médica	a: V JA SA NO Teléfono:
P Afiliado:	8757819
	- Fifna