

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

Quien suscribe JUAN CRUZ GALLO DNI 48.302.894 domiciliada/o en la calle Castro Obispo 11 de la localidad de San Miguel que concurre 14 a la institución EES 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:

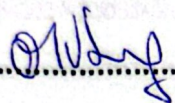
.....

Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y 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	IOFA
			Nº Socio	48302894

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

Rosario 1125419192 1164526702

Firma:  DNI: 24657547

Fecha: 10/10/2025



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido JUAN CRUZ GALLO
Domicilio del Titular CONSTANCIO VIGIL 3024
Ciudad SAN MIGUEL Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 48302894 Teléfono 1125419192
Fecha de Nacimiento 12/09/07

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: TODAS BCG: SI SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gallo Prosperio Teléfono: 1125419192

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

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

Quien suscribe, 48180859 DNI
MUÑOZ ROCIO Palomo domiciliada/o en la calle Marco Sastre 4939 de la
localidad de Santa Maria San Miguel que concurre a la
institución E.E.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:

.....
.....

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.

IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSPEDYC
	Si		Nº Socio	1472626001

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

Firma:  DNI: 1815125

Fecha: 5/10/2025 .

1. DATOS

Nombre y Apellido: ROCTIO PALOMA MUÑOZ
Domicilio del Titular: MARCOS SASTRE 4939
Ciudad: SAN MIGUEL Provincia: RS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 48480359 Teléfono: 1122864091
Fecha de Nacimiento: 17/10/03

2. INFORMANTE

Titular: MARCE Padre/Madre: MARCE Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI ☒ NO ☐ Cual? TRATAMIENTO Psicológico

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCELA ANA LIA TUNES

Teléfono: 11 27679445
1127503372

Cobertura Médica: OSPEDU

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____



Firma

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: hoyes b Memoria 2025 "con el
coraje del presente hacemos el futuro"
Lugar, día y hora de salida:

CC. UNGS, Av. Boca 850, San Miguel / 15.11.25 07:00hs

Lugar, día y hora de regreso: CC. UNGS, Av. Boca 850, San Miguel / 17.11.25
12:00 hs aprox

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal C.F.K
Punta Lara, Av. Almirante Brown 5049, Ensenada 0221421-8624

Nombres y teléfonos de los acompañantes:
Michaela Volzquez 1556653678 / Cristian del Valle 0221482-0465
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
1138007384

..... Otros datos de la

Infraestructura disponible:

..... Hospitales y

centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hosp. Municipal Punta Lara
(a 1.1 km aprox) Almirante Brown 5 calle 78 / 02216441377
..... Otros datos de

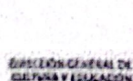
Interés:

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

Por SHARON ABIGAIL MAIDANA

49.357.003 DNI que concurre al Establecimiento

Educativo



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

..... EE SN^o 14 a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación

..... el/los día/días...del
mes de del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CG CYEDGCYE

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

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

Tiene Obra Social/ Prepaga	S í	N o ☒	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)

1133806929 (Mami) 1134872284 (Tío).
4465-5456 (Nueña)
1133334507 (Papi)

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

Papas
Enmos nro. nro.

DNI: 28963907

Fecha: 5/11/25.

IF-2024-35030478-GDEBA-CG CYEDGCYE

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).

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

1. DATOS

Nombre y Apellido SHARON ABIGAIL MAIDANA

Domicilio del Titula EL ZONDA 3256

Ciudad SAN MIGUEL Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Document DNI 49357003 Teléfono 1133806929

Fecha de Nacimiento 270109

2. INFORMANT

Titula ☐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 CO

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____



Firma

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 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 mi hijo/a Guaraciosa
Diana Estelita..... DNI 48705044 que concurre al Establecimiento
Educativo ESCUELA SECUNDARIA N° 14..... del distrito
SAN MIGUEL..... a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
ENSENADA..... el/los día/días 15, 16 y 17 del
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCIYEDGCIYE

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

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a

cargo y personal médico: R.H.O.T., SIN ALERGIAS

ALTURA 1,65 m PESO 88 kg.

VACUNAS COMPLETAS

CONTROLES PEDIÁTRICOS COMPLETOS.

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)

1156094737 - Celular de Mamá Florencia
1165569664 - Celular de Papá Luciano
1161706429 - Celular de Abuela Lily (materna)

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

DNI: 30.735.965

Eusebio Florencio Luciano

Fecha: 6.11.2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

Nombre y Apellido **PEDRO EMILIO GUARDIOLA**
Domicilio del Titular **CONSTANCIO C VIGIL 2930/3034**
Ciudad **SAN MIGUEL** Provincia **BUENOS AIRES**
Tipo y N° de Documento **DNI 48705044** Teléfono **1156094737**
Fecha de Nacimiento **110408**

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) **ANTIETANIZABLE / CUSSEUPLE: 4 HPV: 2 1°-PFIZER**
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2⁺ 2°-PFIZER
HEPB: 3 HEPA: 1 COVID: 3/3 - MODERNA

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **Florencia Guardiola**

Teléfono: **1156094737**

Cobertura Médica:

Teléfono: **911**

N° Afiliado:

Florencia Guardiola
Firma

RH O+ : grupo y factor
peso : 88 kg.
altura : 1.65 m

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

Quien suscribe, DNI
González Agustina domiciliada/o en la calle Benito Juárez 4050 de la
 localidad de San Miguel que concurre a la
 institución E. 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:

.....

.....

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.

IF-2024-35030927-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

1122593373 madre

Firma: [Signature] **DNI:** 30463337

Fecha: 10.11.25



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

TOS

Nombre y Apellido

BONZAL AGUSTINA

Domicilio del Titular

RENATO JUAREZ 4050

Ciudad

BOENOSAIRES

Provincia

BUENOSAIRES

Tipo y N° de Documento

48286374

Teléfono

1122593373

Fecha de Nacimiento

10/08/07

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 ☒

(*) Sintomas:

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 ☒

Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:

BCG:

SARAMPION:

TRIPLE:

COVID:

X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Polo Silvina

Teléfono:

1122593373

Certura Médica:

Teléfono:

Unificado:



Firma:

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 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 mi hijo/a ADRIANO THIAGO
GARCIA DNI 48504106 que concurre al Establecimiento
Educativo Escuela Secundaria N° 14 del distrito
SAN MIGUEL a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
PUNTA URA el/los día/días 15 y 16 del
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: MANRI AL 1141434382

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSG CAC
			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 (HERNANDEZ)
1128757765 (MANRI)
1168795102 (PAPA)

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

[Firma]
Aguino Jacqueline

DNI: 45427625

Fecha: 11/11/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCIYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: THIA GO GABRIEL AGUIN
Domicilio del Titular: PICHINCHA 3030
Ciudad: SAN MIGUEL Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: YBS04106 Teléfono: 1141434382
Fecha de Nacimiento: 22/01/08

2. INFORMANTE

Titular: ☐ Padre/Madre: ☒ Otros (especificar): HERMANA

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 ☒

(*) Sintomas:

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: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: POUNO SPODEME

Teléfono: 1141434382

Cobertura Médica:

Teléfono:

Afiliado:

[Firma]
Firma

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 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 mi hijo/a Nicole Gonzalez
..... DNI 48.312.245 que concurre al Establecimiento
Educativo E.E.S. N° 14 N° del distrito
San Miguel a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Punta Lara el/los día/días 15/16/17 del
mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	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)

.....
1164768956 (Madre).....
1166933581 (Abuela).....
1157298272 (Abuelo).....

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

DNI: 94200651.....

Fecha: 10.11.25.....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Nombre y Apellido: NICOLE GONZALEZ
Domicilio del Titular: BENITO JUAREZ 5681
Ciudad: SAN MIGUEL Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 48312245 Teléfono: 1164320241
Fecha de Nacimiento: 180308

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: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x COVID: x

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

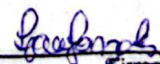
Nombre y Apellido: LAURA GONZALEZ

Teléfono: 1164768956 (Madre).

Cobertura Médica:

Teléfono: 1166933581 (Abuela).
1157298272 (Abuelo).

N° Afiliado:


Firma

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 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 mi hijo/a Amas Erik
..... DNI 48757819 que concurre al Establecimiento
Educativo Angel GALLARDO N° 14 del distrito
Son Miguel a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
..... el/los día/días... del
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	☒ Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	VIASANO
			Nº Socio	48757819

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: (Consiglar varios)

1158824513 (Mamá) MARIANA
1121555598 (PADRASTRO) JORGE

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

DNI: 32696438

Fecha: 10/11/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Nombre y Apellido: ERIK ARTIAS
Domicilio del Titular: DEFENSA 284P
Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 48757819 Teléfono: 1158824513
Fecha de Nacimiento: 080908

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: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIANA SEGOVIA

Teléfono: 1158824513

Cobertura Médica: VIA SANO

Teléfono: _____

N° Afiliado: 48757819

Firma