

EES N° 11 MORÓN

- 1- Sotelo, Tamara DNI 20840614
- 2- Laporta María Laura DNI24502681
- 3- Matarese, Juan DNI 48508132
- 4- Contreras, Antonella DNI 48246242
- 5- Contreras, Juana DNI 48246241
- 6- Acuña, Mateo DNI 47641669
- 7- Bertarini Quintero, Lautaro DNI 46990529
- 8- Lagos, Iara DNI 50236011

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: TAMARA SOFIED
Domicilio del Titular: AGÜERO 449 CASA 219
Ciudad: MORON Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 20840614 Teléfono: 1133819392
Fecha de Nacimiento: 03/06/68

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? Ninguna

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

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 5

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marcos Jorge Teléfono: 124077909

Profesión Médica: _____ Teléfono: _____

Relacionado: _____

[Firma]
Firma



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



RENAPER EMISION 002

Nombre / Name
TAMARA JORGELINA

Apellido / Surname
SOTELO

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
03 JUN / JUN 1969

Fecha de emisión / Date of issue
22 JUL / JUL 2025

Fecha de vencimiento / Date of expiry
22 JUL / JUL 2040

FIRMA DEL IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Tamara Jorgelina Sotelo

Documento / Document

20.840.614

Trámite Nº / Of. Ident.
00737747098
8008



1 DATOS

Nombre y Apellido MARÍA LAURA LAPORTA
Domicilio del Titular 28 DE SEPTIEMBRE 1018
Ciudad MORON Provincia BSAS
Tipo y N° de Documento DNI 24502681 Teléfono 1161621911
Fecha de Nacimiento 150373

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SHNAIDER MARA Teléfono: 1163582853
Abertura Médica: _____ Teléfono: _____
Afuera: _____


Firma



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



Apellido / Surname
LAPORTA

Nombre / Name
MARIA LAURA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 MAR / MAR 1973

Fecha de emisión / Date of issue
10 ABR / APR 2015

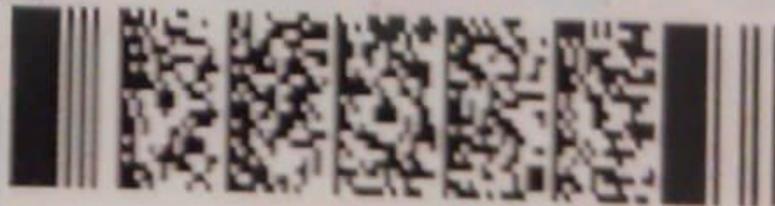
Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 ABR / APR 2030

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

24.502.681

Trámite N° / Of. ident.
00358230289
8008



24502681

1. DATOS

Nombre y Apellido: MATARESE JOAQUIN
Domicilio del Titular: H. B. VIC. RAMERLA 3437
Ciudad: HORON Provincia: _____
Tipo y N° de Documento: DNI 48508132 Teléfono: 1121782528
Fecha de Nacimiento: 26/08/08

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

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

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

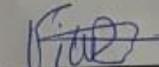
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 2 BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: VICTORIA MATARESE 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: ENCUENTRO DE SIEMPRE DE "JÓVENES Y MEMORIA 2015"

Lugar, día y hora de salida:

17/11/2015 7:30 PLAZA DE LAS ARTES - MORÓN

Lugar, día y hora de regreso: 19/11/2015 11 hs. PLAZA DE LAS ARTES - MORÓN

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO MUNICIPAL PUNTA LARA - ENSEÑADA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: SOTILO, TAMARA

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): A. CARGO DEL MUNICIPIO DE MORÓN

Otros datos de la Infraestructura disponible:

HOSPITAL MUNICIPAL PUNTA LARA CAMINO AL MIRANTE BROWN y F.P. PUNTA LARA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a JUAN MATARESE
DNI 48508132 que concurre al Establecimiento
Educativo América Libre N° 11 del distrito
Morón a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
..... el/los día/días 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	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)

1122126013 V. COGRIA HERMANA
1166293328 JESUS HERMANO
1122673316 FELISA TIA

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *V. Matarose* Victoria Matarose

DNI: 44318209

Fecha: 9/11/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: ANTONELLA CONTRERAS
Domicilio del Titular: CUCHA CUCHA 1148
Localidad: MORON Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 48246202 Teléfono: 1138558972
Fecha de Nacimiento: 240809

FORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

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

TRATAMIENTOS

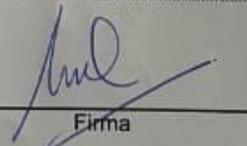
- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

DIFTERIA: 2 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

PERSONA DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MADRE Teléfono: 113825926
Profesión Médica: Teléfono:
Domicilio:


Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



RENAPER EMISIÓN 002

Apellido / Surname
CONTRERAS

Nombre / Name
ANTONELLA

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

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

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

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.246.242

Trámite N° / Of. Ident.
00690613422
7817



ANEXO VII

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

Quien suscribe, Antonella Contreiras DNI 48246243 domiciliada/o en la calle CUCHA CUCHA 1148 de la localidad de MONÓN que concurre a la institución AMERICA LIBRE N° 11, participará de la **salida educativa / de representación institucional** (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de PUNTA IANA el día/ los días 17/11/23 del mes de 11 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.

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	<input checked="" type="radio"/> Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSOE
			Nº Socio	62829369002

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

MAMA - 438828926 / TIA - 468705606 / HERMANO - 1434545433
 PAPA - 439644325

Firma: [Firma] DNI: 48246242

Fecha: 12/11/25



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido CONTRERAS JUANA
Domicilio del Titular CUCHA CUCHA 1148
Ciudad MORON Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 48246241 Teléfono 1166834657
Fecha de Nacimiento 240908

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

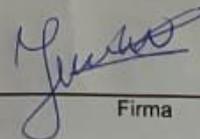
SABIN: 2 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MANA Teléfono: 1138828826

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

* Afiliado: _____


Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



RENAPER EMISION 002

Apellido / Surname
CONTRERAS

Nombre / Name
JUANA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

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

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

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.246.241

Trámite N° / Of. ident.
00690614282
7817



ANEXO VII

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

Quien suscribe Juana Contreras DNI 48246241 domiciliada/o en la calle Cucha Cucha 1140 de la localidad de Teresm que concurre a la institución Escuela N° 11, participará de la salida educativa / de **representación institucional** (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de Punta Lara el día/ los días 17-18-19 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:

Antes de salir.

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	<u>Si</u>	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	OSDE
			Nº Socio	62829369 0 03

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

1138828926 (mamé)
 1159644325 (popu)
 4176249952 (tir cesar)

Firma: [Firma] DNI: 48246241

Fecha: 10.11.2025

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: ARANDA MATEO
Domicilio del Titular: JOSEFINA B DE MARQUEZ 3543
Ciudad: CASTELAR Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 47691669 Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: 24/10/66

2. INFORMANTE

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

ANTECEDENTES

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

TRATAMIENTOS

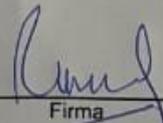
- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
- 4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
- 4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

ACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SB COVID: 3

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FABIANA GORDITO Teléfono: 1132652765
Profesión Médica: _____ Teléfono: _____
Relacionado: _____


Firma

ANEXO VII

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

Quien suscribe ACQUA, MATEO DNI
47.641.669 domiciliada/o en la calle ACHABA 3235 de la
localidad de CASTELAR SUR que concurre a la
institución EES N° 11 TORÓN, participará de la ~~salida educativa~~ de
representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de
ENSENADA - PUNTA LARA el día los días 17-18-19 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:

.....
.....

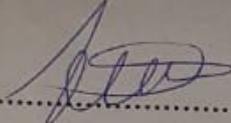
Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.



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

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

11 32652765 FABIANA GORDILLO (MAMI)
 11 66181404 FRANCISCO ACUÑA

Firma:  DNI: 44641660

Fecha: 5/11/2025



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido LAUTARO BERTARINI QUINTERO
Domicilio del Titular AZUL 1528
Ciudad MARO Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNF 46990529 Teléfono 1170128870
Fecha de Nacimiento

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

TRATAMIENTOS

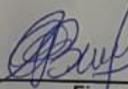
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual:

ACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todas BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si COVID: 3

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: QUINTERO Judith Teléfono: 1140235980
Profesión Médica: Teléfono:
Relacionado:


Firma
Quintero Judith



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



Apellido / Surname
BERTARINI QUINTERO

Nombre / Name
LAUTARO NAHUEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA 5

Fecha de nacimiento / Date of birth
12 MAY / MAY 2008

Fecha de emisión / Date of issue
16 MAY / MAY 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
16 MAY / MAY 2037

Documento / Document
48.990.529

Tamaño / Size
172 / 172





Ver v



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 de Cierre "JÓVENES Y MEMORIA" 2025

Lugar, día y hora de salida:

17/11/2025 4:30 Plaza de LAS ARTES - MORÓN

Lugar, día y hora de regreso: 19/11/2025 11 hs. PLAZA DE LAS ARTES MORÓN

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO MUNICIPAL PUNTA LARA - ENSENADA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: CRISTÓ, TAMARA

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A. CARGO DEL MUNICIPIO DE MORÓN

Otros datos de la Infraestructura disponible: _____

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

HOSPITAL MUNICIPAL PUNTA LARA CAMINO ALVIDAMAR BROWN y 7 R PUNTA LARA

Otros datos de interés: _____

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a BERTALINI QUINTERO
LAUTARO NAHUEL DNI 46.990.529 que concurre al Establecimiento
Educativo SECUNDARIA N° 11 del distrito
MORÓN a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
ENSENADA el/los día/días 17/18/19 del
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE





Ver ▾



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	Swiss Medical
	X		Nº Socio	80006 1494992 04 0003

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 40 23 59 80 (madre Judith)

11 5 79 5 11 02 (Padre Alejandro)

11 40 76 40 10 (Hna Agustina)

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

DNI: 26.534.154

Fecha: 10/11/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: JARA LA ROS
Domicilio del Titular: MARCOS ANTONIO NEPESADA 2235
Ciudad: MORON
Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 56236014
Teléfono:
Fecha de Nacimiento:

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: todas SARAMPION: todas TRIPLE: todas COVID: 3

6. PERSONAS A LAS QUE DEBE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre y Apellido: ROMINA LA ROS
Teléfono: 1161519283
Domicilio Médico:
Teléfono:
Cargo:

Logo Camino
Firma



REPÚBLICA ARGENTINA - MERA
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PÚBLICAS



Apellido / Surname
JULIO LAGOS

Nombre / Name
MELANIE IARA

Sexo / Sex F Nacionalidad / Nationality ARGENTINA Ejemplar A

Fecha de nacimiento / Date of birth 06 ABR / APR 2010

Fecha de emisión / Date of issue 16 AGO / AUG 2016

Fecha de vencimiento / Date of expiry 06 ABR / APR 2025

MELANIE
FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

50.236.011

Trámite N° / Of. Ident. 00451574407
7128



50236011

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 DE CIERRE DE "JÓVENES Y MEMORIA 2025"

Lugar, día y hora de salida:

17/11/2025 PLAZA DE LAS ARTES - MORÓN

Lugar, día y hora de regreso: 19/11/2025 11hs. PLAZA DE LAS ARTES - MORÓN

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COM. PLEJO MUNICIPAL - PUNTA LARA - EUSEBIADA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: SOTELO, TAMARA

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A CARGO DEL MUNICIPIO DE MORÓN

Otros datos de la Infraestructura disponible:

HOSPITAL MUNICIPAL PUNTA LARA CAMINO AL MIRANTE BROWN Y F.P. PUNTA LARA

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Julio Roger y Leticia
Loger DNI 50.236.011 que concurre al Establecimiento
Educativo América libre N° 11 del distrito
Morón a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Morón el/los día/días 17-19 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	—
		1	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)

1131039309 - Romina (Mamá)
1161519283
1126543003 - Marcelo (Tío)
JOAQUIN (Novio)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Lagos Romina*

DNI: 33220142

LAGOS Romina

Fecha: 6/11/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

