DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

	Lugar y Fecha:	
Encuentro de Cierre del P	utorizo a mi hijo/a <u>VACNTINA A</u> Programa Jóvenes y Memoria de la C e Camet, Mar del Plata, permanecier todia de los acompañantes d	PM en el Complejo "Campus ndo desde su partida hasta su
	onsabilidad sobre el cuidado de los r	niños.
Sin otro particular,	saludo a Ud. atentamente,	
Institución:		
Fecha de ingreso:		
	Pas	anco
	Firma del padre	e/madre, tutor/a o encargado/a
	Aclaración:	Priz Lidia Vomera
	Domicilio:	RODRIGO DE TRIANA 2517
	Localidad:	SAN MIGUET
	Provincia:	BS N3
	Tipo y N° doc:	77.270.608
	Teléfono:	1159793865
	Fecha de nacimiento el/la meno	
	Tipo y N° documento el /la meno	r. 48634289

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.



	3- SALUD (complete	el pad	dre/ma	adre, tutor o responsable	e):
	Dejo aquí constancia	de cu	alquie	r indicación necesaria d	leba conocer el personal docente a
	cargo y personal méd	dico:			
		Sí	No	Nombre de la Obra	
	Tiene Obra Social/Prepaga		X	Social/Prepaga	No. 12 Paris No. 1
				Nº Socio	
	Dejo constancia de	que l	he sid	o informado de las ca	racterísticas particulares de dicha
	salida, como así tan	nbién	de las	los responsables de la	s actividades a desarrollar, medios
	de transporte a utiliz	ar y lu	gares	donde se realizarán dic	has actividades.
	Autorizo a las/los	respon	nsable	s de la salida a disp	oner cambios con relación a la
	planificación de las	activid	lades	en aspectos acotados,	que resulten necesarios, a su solo
					mar y fundamentar al regreso.
					der al estudiante por profesionales
		adopt	en las	prescripciones que elle	os indiquen, sobre lo cual requiero
	inmediato aviso.				
					e las/los estudiantes con menos de
			respo	nsables de los objetos	u otros elementos de valor que los
n	nismos puedan lleva				
<u> </u>	eléfonos de contacto	en ca	aso de	urgencia: (Consignar	varios)
ι.	1.4.2.10.2001	1.77.5	1071	Nº.)	
•					
					D. 1
i	irma y aclaración de	Padr	e, Ma	dre, Tutor o Responsa	ble: Palz Vaners
0	DNI: 27.270 60	8			
	12 11 3	20			
I	Fecha:13 /11 /20	5.5			
				IE 2024 25	030470 CDEDA CCCVEDCCVE



SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIN
Roch y MUNOS 7HS. A5/11/2025
Lugar, día y hora de regreso:
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPCC DO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTAL Nombres y teléfonos de los acompañantes: MIRTA SANTICUM 113975 5753
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): 1. (ARGO DE (A.CPA
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Otros datos de interés:
- AUTORIZACIÓN (completa el madre/ padr e, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a ////ENTINA ACOSTA PAEZ DNI 48634289 que concurre al Establecimiento
Educativo N° del distrito a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de el/los día/díasdel
mes dedel presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

		The Part of the Pa			
1. DATOS					
Nombre y Apellido	VALENTIMA AC	0371	PAEZ		
Domicilio del Titular	RODRIGO DE 7	RIAN	1 2517		
Ciudad	JON MIGUEL	Provincia	30600	SMIRES	
Tipo y N° de Documento	4181613141218191	Teléfono			
		Fech	a de Nacimiento	230209	6
O INFORMANTE					-
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre:	Otros(especif	ficar):		
3. ANTECEDENTES					
3.1. Tiene algur	na enfermedad que requiera periódicament	te tratamiento d	control médico?		
SI N	IOX Cual?				
3.2. Durante los	s últimos 3 años fue internado alguna vez?	SI 🗌	NOX		
Causa:					
3.3. Tiene algú	n tipo de alergia: SI (*) NO 🔀				
(*) Síntoma	as:				
Recibe Trat	tamiento permanente? SI NO	3			
4. TRATAMIENTOS	a market to be the part of the transfer of the				
	miento médico?				
Especificar:					
4.2. Ha sido interv	venido quirúrgicamente? SI NO	Espec	cificar:		
4.3. Presenta algu	una limitación física? SI NO	Cuál:			
		- Cuaii.			
VACUNAS (Indicar Canti	idad de Dosis)				
SABIN: 3	BCG:SARAMPION:	2	TRIPLE: 2	COVID:	2
N CASO DE EMERGENO	CIA COMUNICARSE CON:				
			Teléfono: 1159	793865	
Sabartura \$44 disas			Teléfono:		
N° Afiliado:					
			Vois Va	nesu-	
			O' Fi	rma	

DECLARACION JURADA Autorización viaje menores

	Lugar y Fecha:	
Encuentro de Cierre del P	utorizo a mi hijo/a <u>VACNTINA A</u> Programa Jóvenes y Memoria de la C e Camet, Mar del Plata, permanecier todia de los acompañantes d	PM en el Complejo "Campus ndo desde su partida hasta su
	onsabilidad sobre el cuidado de los r	niños.
Sin otro particular,	saludo a Ud. atentamente,	
Institución:		
Fecha de ingreso:		
	Pas	anco
	Firma del padre	e/madre, tutor/a o encargado/a
	Aclaración:	Priz Lidia Vomera
	Domicilio:	RODRIGO DE TRIANA 2517
	Localidad:	SAN MIGUET
	Provincia:	BS N3
	Tipo y N° doc:	77.270.608
	Teléfono:	1159793865
	Fecha de nacimiento el/la meno	
	Tipo y N° documento el /la meno	r. 48634289

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.



SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIN
Roch y MUNOS 7HS. A5/11/2025
Lugar, día y hora de regreso:
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPCC DO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTAL Nombres y teléfonos de los acompañantes: MIRTA SANTICUM 113975 5753
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): 1. (ARGO DE (A.CPA
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Otros datos de interés:
- AUTORIZACIÓN (completa el madre/ padr e, tutor o responsable):
Por la presente autorizo a mi hijo/a ////ENTINA ACOSTA PAEZ DNI 48634289 que concurre al Establecimiento
Educativo N° del distrito a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de el/los día/díasdel
mes dedel presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

	3- SALUD (complete	el pad	dre/ma	adre, tutor o responsable	e):
	Dejo aquí constancia	de cu	alquie	r indicación necesaria d	leba conocer el personal docente a
	cargo y personal méd	dico:			
		Sí	No	Nombre de la Obra	
	Tiene Obra Social/Prepaga		X	Social/Prepaga	No. 12 Paris No. 1
				Nº Socio	
	Dejo constancia de	que l	he sid	o informado de las ca	racterísticas particulares de dicha
	salida, como así tan	nbién	de las	los responsables de la	s actividades a desarrollar, medios
	de transporte a utiliz	ar y lu	gares	donde se realizarán dic	has actividades.
	Autorizo a las/los	respon	nsable	s de la salida a disp	oner cambios con relación a la
	planificación de las	activid	lades	en aspectos acotados,	que resulten necesarios, a su solo
					mar y fundamentar al regreso.
					der al estudiante por profesionales
		adopt	en las	prescripciones que elle	os indiquen, sobre lo cual requiero
	inmediato aviso.				
					e las/los estudiantes con menos de
			respo	nsables de los objetos	u otros elementos de valor que los
n	nismos puedan lleva				
<u> </u>	eléfonos de contacto	en ca	aso de	urgencia: (Consignar	varios)
ι.	1.4.2.10.2001	1.77.5	1071	Nº.)	
•					
					D. 1
i	irma y aclaración de	Padr	e, Ma	dre, Tutor o Responsa	ble: Palz Vaners
0	DNI: 27.270 60	8			
	12 11 3	20			
I	Fecha:13 /11 /20	5.5			
				IE 2024 25	030470 CDEDA CCCVEDCCVE



		The Part of the Pa			
1. DATOS					
Nombre y Apellido	VALENTIMA AC	0371	PAEZ		
Domicilio del Titular	RODRIGO DE 7	RIAN	1 2517		
Ciudad	JON MIGUEL	Provincia	30600	SMIRES	
Tipo y N° de Documento	4181613141218191	Teléfono			
		Fech	a de Nacimiento	230209	6
O INFORMANTE					-
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre:	Otros(especif	ficar):		
3. ANTECEDENTES					
3.1. Tiene algur	na enfermedad que requiera periódicament	te tratamiento d	control médico?		
SI N	IOX Cual?				
3.2. Durante los	s últimos 3 años fue internado alguna vez?	SI 🗌	NOX		
Causa:					
3.3. Tiene algú	n tipo de alergia: SI (*) NO 🔀				
(*) Síntoma	as:				
Recibe Trat	tamiento permanente? SI NO	3			
4. TRATAMIENTOS	a market to be the part of the transfer of the				
	miento médico?				
Especificar:					
4.2. Ha sido interv	venido quirúrgicamente? SI NO	Espec	cificar:		
4.3. Presenta algu	una limitación física?	Cuál:			
		- Cuaii.			
VACUNAS (Indicar Canti	idad de Dosis)				
SABIN: 3	BCG: SARAMPION:	2	TRIPLE: 2	COVID:	2
N CASO DE EMERGENO	CIA COMUNICARSE CON:				
			Teléfono: 1159	793865	
Sabartura \$44 disas			Teléfono:		
N° Afiliado:					
			Vois Va	nesu-	
			O' Fi	rma	

				r indicación necesaria	deba conocer el personal docente a

	Tiene Obra	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	90lmo 02.38 99.2801 01
	Social/Prepaga	X		Nº Socio	023899280101
	de transporte a utiliz. Autorizo a las/los planificación de las criterio y sin aviso p Autorizo, en caso de médicos y a que se inmediato aviso. Los docentes a carg	ar y lui respor activid revio, : e nece adopt no del serán	gares of nsables ades e sobre lo sidad y ten las	donde se realizarán dio de la salida a disp en aspectos acotados, o cual me deberán info urgencia, a hacer ater prescripciones que ell o y vigilancia activa de	s actividades a desarrollar, medios chas actividades. coner cambios con relación a la que resulten necesarios, a su solo rmar y fundamentar al regreso, nder al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero e las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los
1	Teléfonos de contact	o en c	aso de	urgencia: (Consignar	varios)
	1140355944 1136829121	1		/	***************************************
*					
	Firma y aclaración de	el Padr	e, Mad	re, Tutor o Responsat	DAVID OMAR ESPINOSA
E	echa: 12 / 11 / 28	ž			



1. DATOS	
Nombre y Apellido	CARLA ESPINOSA
Domicilio del Titular	TOMAS GOLDO
Ciudad	JOSE C PAZ Provincia QUENOSA1263
Tipo y N° de Documento	DN 1 4 8 9 9 4 5 0 5 Teléfono 7 7 5 6 9 2 5 8 5 3
	Fecha de Nacimiento 21090
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):
	na enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? Cual?
	s últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
	in tipo de alergia: SI (*) NO
555	tamiento permanente? SI NO
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe trata	amiento médico? SI NO
4.2. Ha sido inte	ervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta al	guna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar Ca	ntidad de Dosis)
	A BCG: DYPLETASARAMPION: COYPLETA TRIPLE: CONTENTS -
	NCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido:	Darid Eppinero Teléfono: 1140355944
Cobertura Médica:	
N° Afiliado: 0231	
	Firma

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

Nombre del Proyecto de la Salida: Lorento y mumpuia
Lugar, día y hora de salida:
Som mugue 15/11/2025 7:00H5
Lugar, dia y hora de regreso: 60000000 8.0005 17111125
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito municipal por la compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito municipal por la compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de estadía de
Nombres y teléfonos de los acompañantes: Anuto portullon 439355753
Nombres y teléfonos de los acompañantes: Anuto Gont Llon 4139355753 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Concorgo Conco
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Otros datos de la Infraestructura disponible:
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 Corco Espaineso
DNI 48994505 que concurre al Establecimiento
Educativo Jablo Mora N° 28 del distrito
Don Muguel a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Aon Migue el/los dia/dias 5116,17 del
nes de MONGAMULA del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

Nombre del Proyecto de la Salida: Lorento y mumpuia
Lugar, día y hora de salida:
Som mugue 15/11/2025 7:00H5
Lugar, dia y hora de regreso: 60000000 8.0005 17111125
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito municipal por la compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito municipal por la compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de municipal compresa de estadía (domicilios y teléfonos): Agriply o decreatito de estadía de
Nombres y teléfonos de los acompañantes: Anuto portullon 439355753
Nombres y teléfonos de los acompañantes: Anuto Gont Llon 4139355753 Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): Concorgo Conco
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Otros datos de la Infraestructura disponible:
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 Corco Espaineso
DNI 48994505 que concurre al Establecimiento
Educativo Jablo Mora N° 28 del distrito
Don Muguel a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Aon Migue el/los dia/dias 5116,17 del
nes de MONGAMULA del presente ciclo lectivo.
IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

				r indicación necesaria (deba conocer el personal docente a	
* 4 = 1	***************************************					
	Tiene Obra Social/Prepaga	Si ×	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	galmo 02.38 99.2801 01	
				Nº Socio	02.38 99.28 01 01	
A pi c A m in Lo	e transporte a utiliz utorizo a las/los lanificación de las riterio y sin aviso p autorizo, en caso de nédicos y a que se mediato aviso, os docentes a carg	ar y lug respor activid revio, s e nece adopt go del serán	gares of asables ades e sobre lo sidad y en las	donde se realizarán dic de la salida a disp en aspectos acotados, o cual me deberán infor urgencia, a hacer ater prescripciones que ell o y vigilancia activa de	has actividades a desarrollar, medios has actividades. coner cambios con relación a la que resulten necesarios, a su solo mar y fundamentar al regreso, nder al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero e las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los	
Те	éfonos de contact	o en ca	aso de	urgencia: (Consignar	varios)	
1	140355944 36829121	Cpc	rau		***************************************	

	ma y aclaración de	el Padr	e, Mad	re, Tutor o Responsat	DAVID OHAR ESPIN	105A
Fee	tha: 12/11/128	ž				



1. DATOS	
Nombre y Apellido	CARLA ESPINOSA
Domicilio del Titular	TOMAS GUIDO
Ciudad	JOSE C PAZ Provincia QUENOSA1265
Tipo y N° de Documen	to DN / 4899 4505 Teléfono 7750 9258 53
	Fecha de Nacimiento 210908
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otros(especificar):
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alg	runa enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI	NO Cual?
	los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
	gûn tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Sinto	
25	ratamiento permanente? SI NO
Necibe 1	Tatalile ito perinanone: Or
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tr	atamiento médico? SI NO
Especific	ar:
4.2. Ha sido ir	ntervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta	alguna limitación física? SI NO Cuál:
5. VACUNAS (Indicar (
SABIN: (3)	PEBCG: WHOLETASARAMPION: COUPLETA TRIPLE: CONTEMPCOVID: 3
EN CASO DE EMERG	ENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido:	David Eppineso, Teléfono: 1140355944
Cobertura Médica:	
	38992800 01
	Adding and the state of the sta
	Firma

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Estudiantes con menos de 18 años de edad)

T- H-
Nombre del Proyecto de la Salida: Jouenes y Memorie.
Lugar, día y hora de salida:
Son Havel 15/11/2025 7:00 hs.
Lugar, día y hora de regreso: Sancido 6 o o ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25 Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Sancido 12 ha 17/14/25
Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Carpleto Mechanica de Constante de Con
Nombres y telefolios de los acompanamos
Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):
Otros datos de la Infraestructura disponible:
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):
Otros datos de interés:
2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):
Towns Aburas
Por la presente autorizo a mi hijo/a (0.543) (1.0543) (1.
Nº 20 del distrito
Sa Tigorel a participar de la Salida Educativa / Salida de
lastitucional a realizarse en la localidad de
mes de Novembre del presente ciclo lectivo.
mes de\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\

	de cualquie	r indicación necesaria o	deba conocer el personal docente a
cargo y personal med			
Tiene Obra	Si (No)	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
Social/Prepaga		Nº Socio	
Autorizo a las/los re planificación de las ac criterio y sin aviso pre Autorizo, en caso de r médicos y a que se a inmediato aviso. Los docentes a cargo 18 años de edad no s mismos puedan llevar	esponsables ctividades e vio, sobre lo necesidad y adopten las o del cuidado serán respon	n aspectos acotados, o cual me deberán informurgencia, a hacer aten prescripciones que ello y vigilancia activa de asables de los objetos u	oner cambios con relación a la que resulten necesarios, a su solo mar y fundamentar al regreso. der al estudiante por profesionales os indiquen, sobre lo cual requiero las/los estudiantes con menos de u otros elementos de valor que los
Teléfonos de contacto	en caso de	urgencia: (Consignar va	10.1.
		1944 (Jana).	1122428001 (Pole)
	11385	1930 (Nevas	EDR
		39930 (Netras	
			Tokob Silvan
-irma y aclaración del		re, Tutor o Responsable	JAD Tokob Silvan
Firma y aclaración del			JAD Tokob Silvan



1. DATOS						
Nombre y Apellido	TOMAS AXEL Abo	186-11111				
Domicilio del Titular	PEDRO ULI DATE	PERAD VERDATE 12783				
Ciudad	SOO MIGUEL	Provincia Guenos 4 illes				
Tipo y N" de Docume	8611281110 Otne	Teléfono 4 4 6 4 0 3 1 9 4 3				
		Fecha de Nacimiento 111108				
2. INFORMANTE Titular	Padre/Madre: Otro	es(especificar):				
3. ANTECEDENTES	and a standard our requiers periodicaments test	aminate o control mádico?				
100000	guna enfermedad que requiera periódicamente trata	amiento o control medicoz				
SI _	NO Cual?	SI NOX				
	los últimos 3 años fue internado alguna vez?	21 HOM				
Causa	Igún tipo de alergia: SI (*) NO					
(*) Sint	Tratamiento permanente? SI NO					
Kecipe	Tratamento permanente ST NO[3]					
4 TRATAMIENTOS 4.1 Recibe	tratamiento médico? SI NO					
Especif	car					
4.2 Ha sido	intervenido quirúrgicamente? SI NO	Especificar:				
4.3 Present	a alguna limitación física?	Cual:				
5. VACUNAS (Indica	Cantidad de Dosis)					
SABIN: Compl	to BCG: Complete SARAMPION: Complete	TRIPLE Complets covid: 3.				
EN CASO DE EMER	GENCIA COMUNICARSE CON:					
Nombre y Apellido:	Toledo Silvana	Teléfono: 11,235 Y Y Y Y Y				
Cobertura Médica:		Teléfono: //38529320-				
ODDERED IN THOUSAND						
		020				