

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

ALVARADO FILIZIANA

Domicilio del Titular

TAM EDUARDO 1167

Ciudad

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

49371232

Teléfono

1162002721

DNÍ

Fecha de Nacimiento

020609

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre

MAE

Otros (especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI

NO

Cuál?

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: completo BCG: completo SARAMPION: completo TRIPLE: completo COVID: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

MARIA ACOSTA

Teléfono:

1162002721

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Acosta

Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 27/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hija/a ALVARADO TIZIANA a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

Acosta

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

Acosta María

SAN EDUARDO 1967

TRES DE FEBRERO

Buenos Aires

DNI: 18982477

1162002721

02/06/09

DNI: 49371232



ANEXO 31

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Completar 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: "Buenos y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (dormidos y céntricos): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfono de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5429-3320

Empresas y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara, Ensenada 02134441577

Otros datos de interés: —

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALVARO TIRANO
DN 141.511.233 que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 16 del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre del presente ciclo lectivo 2025



11-2024-18004784-D004-COCTEBOCTE

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

Deje aquí constancia de cualquier indicación médica que deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

	SI	NO	Nombre de la Onda Social / Pregepa
Tiene Onda Social			
Pregepa			10 Socu

Deje constancia de que ha 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 acordados que resulten necesarios, a su sola criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer acceder al establecimiento por profesionales médicos y/o que se adopten las precauciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero acordar antes.

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, (Obligatorio marcar)

1162007321 (madre)

1127094036 (padre)

1156922567 (abuela)

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

ALVARO TIRANO

DNI 141511233

Fecha 23/11/2025

AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Ciudadana 27/11/2019
por MARION Fecha 11/11/2025

quien corresponda,

por medio de la presente, quien suscribe

MARIA JOSE AGOSTA

Documento Tipo DNI Número 18882473

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, textos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

la ESTUDIANTE IZABANA NEIRA NUÑEZ Documento Tipo DNI Número 49531232

Agosta
FIRMA

Agosta Marion
ACLARACIÓN

La presente cumple con lo preceptado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando a su vez que provee la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para crear o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés artístico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en última disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos, en último grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Artículo 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerte ésta, de su cónyuge o hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o la madre. Fallando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se accione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran divulgado en público.



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



Apellido / Surname
ALVARADO

Nombre / Name
TIZIANA NEREA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
02 JUN / JUN 2009

Fecha de emisión / Date of issue
28 JUN / JUN 2024

FIRMA DEL TITULAR / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
28 JUN / JUN 2039

Documento / Document

49.371.232

Trámite N° / Of. Ident.
00722167260
7636



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: CUEVA WALTER
Domicilio del Titular: NAVIÑO MAZDAENA 4733
Ciudad: CASCABO Provincia: BOLAS
Tipo y N° de Documento: DNI 44972434 Teléfono: 1551999469
Fecha de Nacimiento: 01/09/

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 Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 3 BCG: 3 SARAMPION: 3 TRIPLE: 3 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LOPEÑA ORQUEDA CRAMA Teléfono: 1157 999469

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Bo. de 23/11/2015

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hija Celia Juliana a participar del Encuentro de Clirri del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/os que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: ESC 26º

Fecha de ingreso: _____


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: LORENA ORQUEDA

Domicilio: DAVID MAGDALENA 4135

Localidad: CASEAOS

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: DNI 20404664

Teléfono: 1157999468

Fecha de nacimiento el/la menor: 01/04/2009

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 4943434



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe:

LORENA ANDREA ORQUEDADocumento Tipo DNI Número 26.404.664

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares, dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/la ESTUDIANTE CIELO MIRELA SOLINA Documento Tipo DNI Número 40.413.434

FIRMA

LORENA ORQUEDA
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando esta el acto que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Pasando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran divulgado en público.



ANEXO I
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTOMATIZADA
SALIDA EDUCATIVA SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1. PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTOR O RESPONSABLES
(Completa la Escuela)

Nombre del Programa de la Salida: "Jóvenes y Maternidad"
Lugar, día y hora de salida: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estudio, recreación y asistencia: Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombre(s) y teléfono(s) de los acompañantes: Mariana Mazzocco 11-5420-2220

Empresas y/o empresas contratadas (transporte, dietas, alojamiento): Se trasladarán en
micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura (deportes):

Centros asistenciales cercanos (laboratorio y biblioteca): Hospital Municipal Punta Lara
Ensenada 02218842377

Otros datos de interés:

2. AUTORIZACION (completarla el padre, tutor o responsable)

Por la presente autorizo a mi hijo/a ESTER TAVANA
1999 09 02 3454 que comparezca al Establecimiento Educativo EEA N° 20
1991 ubicado en TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del día y hora indicada
del presente hasta inclusive 28/25

3. SALIDA (completarla el padre, tutor o responsable)

Dejo aquí expresamente de cualquier responsabilidad parental la que deba tener en el personal docente
y cargo y personal auxiliar.

Turno (Hora Social / Presencia)	Si	No	Nombre de la Clase Social / Presencia	
		X	Nº Clase	

Dejo constancia de que he sido informado de las competencias profesionales de dicho docente, antes del momento de ser las responsabilidades de ser docente, docente, docente de transporte y auxiliar y legajo donde se constata de sus actividades.

Afirmo a los fines de las responsabilidades de la salida a Ensenada, con respecto a la planificación de las actividades de atención integral, que se encuentran en el acta de salida y en el acta de ingreso, así como en el acta de salida y en el acta de ingreso.

Afirmo en caso de necesidad y urgencia, a hacer conocer al establecimiento por procedimientos especiales, y a que se abstenen las autoridades que ellos actuaron, sobre la conformidad con las condiciones.

Los docentes a cargo del establecimiento y el personal de los centros educativos con quienes se ha acordado en esta oportunidad de los riesgos y otros aspectos de salud que se puedan presentar.

Teléfono(s) de contacto en caso de emergencia (Completar varios)

1157009468 (mam)
1169007164 (Tia Mariana)
1137212735 (Tio Adriano)
1161527481 (Padre)

Firma y sello del Padre, Tutor o Responsable

 LORENA URQUIZA

DN: 262104664

2025/11/20



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



Apellido / Surname
DOLINA

Nombre / Name
CIELO MICAELA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
01 ABR / APR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
14 AGO / AUG 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
14 AGO / AUG 2038

IMPRESIÓN DEL SERVIDOR / SIGNATURE

Documento / Document
49.413.434

Trámite N° / Cf. ident.
00709277886
7636



1. DATOS

Nombre y Apellido: AMUNYANALCAND
 Domicilio del Titular: SAN FRANCISCO
 Ciudad: USHUNTANPA Provincia: AJUCNO S A P C S
 Tipo y N° de Documento: DNI 95994158 Teléfono: 9730015919
 Fecha de Nacimiento: 14/01/2006

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros (especificar): Tia

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: ASTENUDOS, HOLERIAS NASIZ
 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: 1 Dosis SARAMPION: 1 Dosis TRIPLE: 2º Dosis COVID: 2º Dosis
2 Pases

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gleide SILVA Teléfono: 9166772226
 Cobertura Médica: Teléfono:
 N° Afiliado:

Gleide SILVA
 Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: La Tablada 26-11-25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hija Amny Mascano a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es

Mariana Mazzucchi
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Secundaria 26

Fecha de ingreso: _____

03/12/25

Gleide SILVA

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Gleide SILVA

Domicilio:

San Pedro 855

Localidad:

La Tablada

Provincia:

Bs AS

Tipo y N° doc:

DNI 95.902.255

Teléfono:

1166772226

Fecha de nacimiento el/la menor:

14-08-2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 95894158

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"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7.30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/ o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: ---

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara, Ensenada. 02216441377

Otros datos de interés: Actividades y tour por ACUÁTICOS LA PLATA

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

Por la presente autorizo a mi hijo/a Amny marciano
DNI 95894158 que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 26 del distrito de **TRES DE FEBRERO** a participar de la Salida Educativa/ Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre del presente ciclo lectivo 2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

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

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

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

Tía 1166772226

tio 1166771684

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

Gleide SILVA

DNI 95.902.255

Fecha 20/11/2025



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar La Tablada MORON Fecha 26-11-2023
~~11/11/2025~~

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Gleide SILVA

Documento Tipo DNI Número 95.902255

Si (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Amny Marciano Documento Tipo DNI Número 95894158

Gleide

FIRMA

Gleide SILVA

ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para copiar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educativo prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y sujeta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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



Apellido / Surname
MARCANO SILVA

Nombre / Name
AMNY ALEJANDRA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F VENEZOLANA C

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 ENE/ JAN 2008

Fecha de emisión / Date of issue
28 NOV/ NOV 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 NOV/ NOV 2037

Amny Marciano
FIRMA DEL CENTRO DE EMISIÓN

Documento / Document
95.894.158

Trámite N° / CE Ident.
00697143104
7636



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: CATHERINA HERNANDEZ
Domicilio del Titular: NEAUNDOYAN TUBO
Ciudad: CHUQUISACA Provincia: PLENIS ARBO
Tipo y N° de Documento: DNI 49122408 Teléfono: 7151676534
Fecha de Nacimiento: 13/12/2003

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: COMP BCG: COMP SARAMPION: COMP TRIPLE: COMP COVID: 1 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marcela María Mendoza Teléfono: 1130999321

Cobertura Médica:

N° Afiliado:


Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ciudadela 27-11

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CATHERINA MORENO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARIANA HAZZUCO Y VALERIA RODRIGO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Secundaria N°26°

Fecha de ingreso: 03-12


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Saucedo Corhen

Domicilio: AZULICA 4130

Localidad: Ciudadela

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 32027414

Teléfono: 112283932

Fecha de nacimiento el/la menor: 15-12-2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 49122418

ANEXO 31

PLANTILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/ASISTIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menor de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de salida (direcciones y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/ o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en
móviles provistos por la CPM

Otros datos de la infraestructura disponible: ---

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara,
Ensenada, 02216441377

Otros datos de interés: Actividades Acuáticas y
Salidas Turísticas por la Playa

2. AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a CAROLINA MORENO

DNI 41.224.13 que concurre al Establecimiento Educativo IES N° 24
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre
del presente ciclo lectivo 2025.

IT-2024-3307475-GOEB-A-COCYEDUCVE

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

Deje aquí constancia de cualquier indicación o restricción que deba conocer el personal docente a cargo y personal auxiliar:

Tiene Obra Social Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social / Prepaga	
			N° Socio	

Deje constancia de que ha 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 las/ los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en situaciones que, por razones de fuerza mayor, en un momento, sobre lo cual no debería informar y fundamentar el motivo.

Asumo responsabilidad y acuerdo, a tener presente el consentimiento por profesionales médicos y a que se adopten las precauciones que a los mismos, sobre lo cual informo a los/as alumnos/as.

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 hechos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Declaro haber leído y aceptado los términos de esta autorización. (Completar por varios)

11720834321 - Voto

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

SANCERO CARLOS - MARIANA MAZZUCCO

DNI 32052914 - 1044795
MAMA MAMA

Echa 28/11/2025



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Carmen Saucedo

Documento Tipo DNI Número 32037914

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio - visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Catherina Moreno Documento Tipo DNI Número 49122918


.....
FIRMA

Saucedo Carmen
.....
ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
MORENO

Nombre / Name
CATHERINA SOLANGE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 DIC / DEC 2008

Fecha de emisión / Date of issue
08 MAR / MAR 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 MAR / MAR 2039


FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document

49.122.918

Trámite N° / Of. ident.
**00717358524
7636**



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: D U L C E M O R E N A H O R R O N E
Domicilio del Titular: B R A N D S E N 4 6 1 3
Ciudad: C I U D A D E L 4 Provincia: B 3 A S
Tipo y N° de Documento: 4 9 3 7 8 0 0 1 Teléfono: 1 1 5 0 6 2 6 7 7 3
Fecha de Nacimiento: 1 3 0 3 0 0

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 Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 3 2^a BCG: 1 SARAMPION: 1 1^a TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: B A I Z M A R I A C E L E S T E Teléfono: 1 1 5 8 7 0 3 4 1 5
Cobertura Médica: NO Teléfono: -
N° Afiliado: -

Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 26/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo(a) Nicolás R. Torres a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s)/es Elizabeth María Parra que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

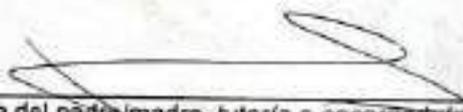
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

3

3/11/25.


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: BAIZ MARIA CELESTE

Domicilio: BRANDSEN 4013

Localidad: Ciudadela

Provincia: Bs. AS

Tipo y N° doc: 3125608

Teléfono: 115873415

Fecha de nacimiento el/la menor: 13/03/09

Tipo y N° documento el/la menor: 49378061

ANEXO 33
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"**

Lugar, día y hora de salida: **Plaza Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025**
7-30hs

Lugar, día y hora de regreso: **Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025**
11hs

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **Complejo Recreativo Municipal de**
Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfono de los acompañantes: **Mariana Mazzucco 11-5420-3320**

Empresas y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): **Se trasladarán en**
micros provistos por la CPM.

Otros datos de la Infraestructura disponible: **—**

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): **Hospital Municipal Punta Lara,**
Ensenada, 02236441377

Otros datos de interés: **—**

Actividades culturales - tour por la plaza

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

Por la presente autorizo a mi hijo(a) **Martone Dulce Morena**
 DNI **49 378061** que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 26
 del distrito de **TRES DE FEBRERO** a participar de la Salida Educativa/Salida de
 Representación Institucional a realizarse en la localidad de **Punta Lara** del 3 al 5 de Diciembre
 del presente ciclo lectivo **2025**

11-2024-3030478-00004-000-EDUC-CPM

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

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

Tiene Onda Social Prepagada	Si	No	Nombre de la Onda Social / Prepaga
			X

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

Autorizo a los/as responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en cualquier momento, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, salvo lo que me debieran informar y fundamentar al regreso.

Asumo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos, y a que se adopten las precauciones que a fin indiquen, sobre la cual respondo inmediatamente.

Las docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los/as estudiantes con menos de 18 años de edad se serán responsables de los alumnos a otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfono de emergencia caso de urgencia: (Completar varios)

115843415 (Abuelo)

1164205700 (Mamá)

1126038050 (Papá)

114155025 (Abuelita Mariana)

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

[Firma manuscrita]

Beris Mariana Celso

DNI: **31205608**

Fecha: **26.11.2025**



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar Ciudadela Fecha 27/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Baiz Maria CelesteDocumento Tipo DNI Número 31205608

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin limite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Dulce Morena Marrone Documento Tipo DNI Número 4372061


FIRMA


ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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



Apellido / Surname
MORRONE

Nombre / Name
DULCE MORENA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
13 MAR / MAR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
06 OCT / OCT 2025

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 OCT / OCT 2040

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

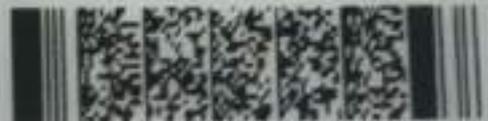
Documento / Document

49.378.061

Trámite N° / Of. ident.

00741242138

7636



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido JAZMIN MONTEZ
Domicilio del Titular B.V.O. NEGRO HIBRIDO
Ciudad PALOMAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 42308349 Teléfono 4129096784
Fecha de Nacimiento 190202

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:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido SOLINA MUÑOZ Teléfono: 116846-0458
Cobertura Médica Teléfono:
N° Afiliado:

Lucrecia Sando
Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: Ciudadela 27-11-2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Muñoz J. Sebastián a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es MARLENE PERAZZO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Secundaria 26

Fecha de ingreso:

03-12-2025

Muñoz Sonia
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MUÑOZ, SONIA

Domicilio:

Localidad: BIO NEGRO 1880

Provincia: PALOMAR.

Tipo y N° doc: Buenos Aires

Teléfono: DNI 21597989

Fecha de nacimiento el/la menor: 116846 0458.

Tipo y N° documento el /la menor: 15.2.209.

49308319.

ANEXO A1

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con mayor de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORIS O RESPONSABLES
(Completar la Escuela y)

Nombre del Proyecto de la Salud: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-11-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-11-2025
11hs

Lugares de estada (dirección y teléfono): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av Alle Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfono de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/ o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara, Ensenada, 02216441777

Otros datos de interés: —

2- AUTORIZACIÓN (completar la madre/ padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Mariana Sano
DNI 49.303.368 concurrir al Establecimiento Educativo EES N.º 26
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del Tel 3 de Diciembre
del presente ciclo lectivo 2025

8F-2024-1000496-GCBA-COCEDECYTE

3- SALIDA (completar el padre/ madre/ tutor o responsable):

Declaro y constato de cualquier indicación necesaria que deba conocer el personal docente
a cargo y personal médico:

Tiene Ocio Social Protegido	SI	NO	Nombre de la Ocio Social / Protega	Nº Seguro
		<input checked="" type="checkbox"/>		

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicho viaje,
entendiéndolo también de los responsables de las actividades a desarrollarse, excepto de transporte
a escuelas y lugares donde se realicen dichas actividades.

Acepto a los fines mencionados de la salida a disponer cualquier cambio con relación a la clasificación
de las actividades en especializadas, no especializadas, o mixtas (especializadas y no especializadas)
previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al respecto.

Acepto, en caso de necesidad y urgencia, a hacer, respecto al estudiante que profesoreo
evaluación, ya que se aceptan las excepciones que él me indique, sobre lo cual requiero
firmarlo a continuación.

Los docentes a cargo del estudio y vigilancia activa de los los estudiantes con menos de 18
años de edad serán responsables de sus sujetos si otros docentes de haber que los mismos
puedan firmar.

Teléfono de contacto en caso de emergencia (Corregir número)

116246 0458

Firma y ubicación del/la Madre, Padre o Responsable:

Mariana Sano

DNI 21597989

Fecha: 3-11-2025



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar Ciudadela MORON Fecha 27-11-2025
11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Muñoz Sonia

Documento Tipo DNI Número 24597989

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin limite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Jazmin Muñoz Documento Tipo DNI Número 49.308.319

Muñoz Sonia
FIRMA

Muñoz SONIA
ACLARACION

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resolviendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



REEMPLAZA EMISIÓN 102

Apellido / Surname
MUÑOZ

Nombre / Name
JAZMIN LUCIA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 FEB/ FEB 2009

Fecha de emisión / Date of issue
15 AGO/ AUG 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
15 AGO/ AUG 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

49.308.319

Trámite N° / Of. ident.

00709338562

7784



**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: Ciudadela 27/11

Señoría

Por la presente autorizo a mi hijo/a Graciela Sinarahua a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es Mariano Mazzucco, Valeria Bedro que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: Secundaria N-26.

Fecha de ingreso: _____

3/12/95

WJ
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Avilit Macombite

Domicilio: Manuel Flügge 4982

Localidad: Marón

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 94765092

Teléfono: 451521271

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/05/2009

Tipo y N° documento el/la menor: 49371196,

ANEXO VI

PLANTILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL (Establecimientos de Educación Superior)

1- PLANTILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completar la Escuela)

Nombre del Proyecto de la Salud: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025 7.30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025 11 hs

Lugares de estadía (Asociación y teléfono): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfonos de sus acompañantes: Mariana Mazzutco 11-5420-3320

Empresa o a empresas autorizada (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en micros provistos por la OPM.

Otros datos de la infraestructura dispuesta: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara, Ensenada, 02216441377

Otros datos de interés: Actividades Acuáticas Tour por la Plata

2- AUTORIZACIÓN (completar la madre/padre, tutor o responsable)

Por la presente autorizo a mi hijo/a SHAYNDEL S. NARAMUNA DNI: 49391196 que concurre al Establecimiento Educativo EES N° 26 del Distrito de TRES DE FERRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre del presente año lectivo 2025.

#-2024-318518-GCGBA-COCTEDUCVE

3- SALUD (completar el padre/madre/tutor o responsable)

Dejo aquí constancia de haber leído y autorizado expresamente que debe cubrir el personal docente a cargo y personal médico.

Tiene Obra Social / Prepagada	SI	NO	Nombre de la Obra Social / Prepagada	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de los/ las responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades. Autorizo a los/ los responsables de la salida a el/ los spots cambios con relación a la planificación de la actividad en aspectos asociados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin costo previo, sobre la cual no debo informar y fundamentar al respecto. Asimismo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se otorguen los permisos que ellos indiquen, sobre la cual requiero inmediata visita. Les doy cuenta a cargo del cuidado y vigilancia activa de los/ los estudiantes con edades de 18 años de edad no serán responsables de los viajes u otros elementos de viaje que los mismos puedan llevar.

Teléfono de contacto en caso de urgencia (Comprobar varios)

1151527277

1123073580

Firma y nombre del Padre, Madre, Tutor o Responsable

2025 94785092

Fecha: 1 / 12 / 2025

#-2024-318518-GCGBA-COCTEDUCVE



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar: Ciudad de Luján Fecha: 27/11/2023

A quien corresponda:

Por medio de la presente, quien suscribe

AyLit MozambiqueDocumento Tipo DNI Número 44335092

Si NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE [Firma] Documento Tipo DNI Número 49331196

[Firma]
FIRMA

AyLit Mozambique
ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando esta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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



© 2009 - DAFI 80

Apellido / Surname
SINARAHUA MOZOMBITE

Nombre / Name
SHAYNDEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 MAY / MAY 2009

Fecha de emisión / Date of issue
23 MAY / MAY 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 MAY / MAY 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

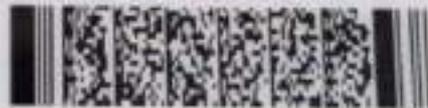
Documento / Document

49.371.196

Trámite N° / Of ident

00720909844

7636



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: RODRIGO AGOSTIN VALIMOTTI
Domicilio del Titular: AV. SAN MARTIN 4487
Ciudad: CASEROS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: ^{DNI} 26666789 Teléfono: 4167309702
Fecha de Nacimiento: 22/08/78

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: ^{RODINA} LCA DERECHA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE JODAS: COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCA ISABEL MARTINEZ

Teléfono: 11 4181 0615

Cobertura Médica: IOMA

Teléfono:

N° Afiliado: 126666789200

Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar CIUDADELA Fecha 28/11/25

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

RODRIGO AGUSTIN VALINOTTIDocumento Tipo DNI Número 26666789

Si NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

Aclaración

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerto ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Fallando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



VALINOTTI RODRIGO AGUSTIN

IOMA

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

VALINOTTI RODRIGO AGUSTIN

DNI: 26666789

GÉNERO: M

CUIL: 20266667893

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL:126666789300

TOKEN

294884

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIA NA PATRICIA MAZZUCCO
Domicilio del Titular PRESIDENTE ILUJA 265
Ciudad V SARMIENTO Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 20025765 Teléfono 1166433752
Fecha de Nacimiento 300568

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? TENSION ARTERIAL
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: POLIPO VAGINAL y CIRUGIA BARIATRICA
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(* Sintomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

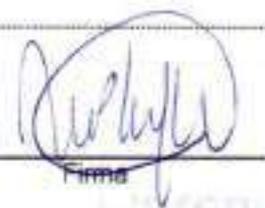
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: CARVEDILOL 25MG (1/2 x 2x)
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: POLIPO y BARIATRICA
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 6 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SERGIO YONNETTI Teléfono: 1154614514
Cobertura Médica: UNION PERSONAL Teléfono: _____
N° Afiliado: 0020316 018


Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar VILLA SARMIENTO..... Fecha 11/11/2025.....

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA.....

Documento Tipo DNI..... Número 20025765.....

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA.....

ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



