

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 11/11/25


Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a SHEILA ALVARAZ 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 MARCELA ZEGUESIA Y MARCELA BATHAGUA. (DOCENTES) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVUÓN

Fecha de ingreso: 11/11/25


MEDINA, ANABELA.

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

Aclaración: MAESTRA SOLER GONZALEZ
Domicilio: 2708

Localidad: TIOZAINCO

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 34378369

Teléfono: 11 411673537

Fecha de nacimiento el/la menor: 4/3/09

Tipo y N° documento el /la menor: 49 174190

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad Provincia

Tipo y N° de Documento Teléfono

49174190

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: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:


Nombre y Apellido: DR. MEDINA, ANABELA

Teléfono: 1141673537

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia
Tipo y N° de Documento 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:

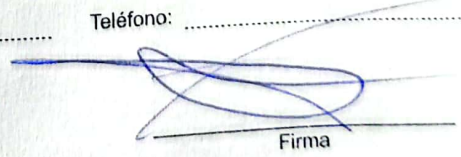
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Teléfono:
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ITUZAINGO 11/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a DYLAN FARIAS 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 MARCELA IGLESIAS Y DOCENTE MARCELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ENVIÓN

Fecha de ingreso: 11/11/25

x

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

Aclaración:

FARIAS KAREN YHAEL

Domicilio:

RIVERA 2786

Localidad:

ITUZAINGO

Provincia:

BS AS

Tipo y N° doc:

DNI. 40378085

Teléfono:

15568 2325

Fecha de nacimiento el/la menor:

16/06/2010

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI. 50306024

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 05-11-2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a GUEKIANS 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 MARCELA COLESNAS y MARCELA BARRONIA (VICENTES) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Envión Ituzingó

Fecha de ingreso:

11/11/25

[Firma]

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

Aclaración:

SOJA SILVINA

Domicilio:

ITUZINGO

Localidad:

Buenos Aires

Provincia:

DNI 3174878

Tipo y N° doc:

1139468602

Teléfono:

02-07-2012

Fecha de nacimiento el/la menor:

DNI 52620553

Tipo y N° documento el /la menor:

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 30-10-25 ITUZAINGO

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Gue Nicolo 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 MARCELA IGLESIAS Y MARCELA PATAGLIA (ACENTAS) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Comisión Ituzaingo

Fecha de ingreso:

11/11/25

[Firma]

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

Aclaración:

PEREBO 2178

Domicilio:

ITUZAINGO

Localidad:

BUENOS AIRES.

Provincia:

DNI. 31774878

Tipo y N° doc:

1139468602.

Teléfono:

17/07/2009

Fecha de nacimiento el/la menor:

DNI. 49547708

Tipo y N° documento el /la menor:

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: MICHELINA GUE
Domicilio del Titular: PEREDO 2128
Ciudad: ITUZAINGO Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 49547708 Teléfono: 1169394111
Fecha de Nacimiento: 170709

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SILVINA SOSA Teléfono: 1139468602
Cobertura Médica: NO Teléfono:
N° Afiliado: NO

Silvina Sosa
Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 1/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a SORIA KEYLA AYELEN 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 MARCELA ESCOBAR y MARCELA BAIAGLIA (DOCENTES) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Escuela Ituzaingo

Fecha de ingreso:

11/11/25.

[Firma]

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

Aclaración: CAPOVILLA MARIS

Domicilio: CAMERUCCI 2050

Localidad: ITUZAINGO

Provincia: BS.AS.

Tipo y N° doc: DNI. 35103632

Teléfono: 1122366047

Fecha de nacimiento el/la menor: 26/01/2010

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 58382648

1. DATOS

Nombre y Apellido: REYLA AYELEN SORIA
Domicilio del Titular: CAMERUCCI ZOSO
Ciudad: ITUZINGO Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 58382648 Teléfono: 1141591680
Fecha de Nacimiento: 260110

2. INFORMANTE

Titular: Padre/Madre: Otros(especificar): ENDEGADA.

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? EPILEPSIA

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: TORZOLATO Y LAMOTRIGINA

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: COMPLETA BCG: COMPLETA SARAMPION: COMPLETA TRIPLE: COMPLETA COVID: TODAS.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CAPOVILLA STELLA MARIS

Teléfono: 1122366047

Cobertura Médica: NO TIENE

Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha:

1/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Priscila MARTINEZ 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 MARCELA GALESIAS, MARCELA BATAGLIA (ACENTES) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ENVIOÑ - ITU

Fecha de ingreso:

11/11/25

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

Aclaración:

MORA SILVIA

Domicilio:

MIVERA 2786

Localidad:

Ituzáingo

Provincia:

Bs. As.

Tipo y N° doc:

DNI. 21-983-788

Teléfono:

11-27800118

Fecha de nacimiento el/la menor:

10-07-08

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI. 48-941-519

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: PRISCILLA LEONORA MARTINEZ
Domicilio del Titular: RIVERA 2286
Ciudad: ITURZAINGO Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 48941549 Teléfono: 1127300112
Fecha de Nacimiento: 100702

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: 4 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MORA, SILVIA Teléfono: 1127300112
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 7/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOFIA BOMERO 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 MARCELA IGLESIAS, MARICELA BATAELIA (ACOMPAÑANTES) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.


Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ENVIO

Fecha de ingreso:

11-11-2025


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

Aclaración: DI MARINO GABRIELA

Domicilio:

E. RIVERA 2455

Localidad:

ITUZAINGO

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

23.594.462 D.N.I

Teléfono:

11 259-9111

Fecha de nacimiento el/la menor:

25-11-2009

Tipo y N° documento el /la menor:

49.429.350 D.N.I

1. DATOS

Nombre y Apellido SOPIA (FABIOLA) ROVERO

Domicilio del Titular ~~49429350~~ RIVERO 2433

Ciudad ZARAGOZA Provincia BS AS

Tipo y N° de Documento 49429350 Teléfono 116259911

Fecha de Nacimiento 25/11/09

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 Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

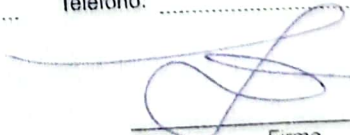
SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GABRIELA DI MARINO Teléfono: 1162599111

Cobertura Médica:

N° Afiliado:


Firma