

1. DATOS

Nombre y Apellido: M. LAUREN ARAUJO

Domicilio del Titular: EL BARRIO LAUREL

Ciudad: LAUREL Provincia: SANTO DOMINGO

Tipo y N° de Documento: 5881785288 Telefono: 11 21929457

Fecha de Nacimiento: 05/10/08

INFORMANTE: Titular  Padre/Madre  Otro (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: \_\_\_\_\_

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ADO CESALIA ESPARZA Telefono: 11 21929457

Profesura Médica: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Alcance: \_\_\_\_\_

España  
 Firma

Arzobispo 11/10/25

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: Jardines y memoria

Lugar, día y hora de salida: 15/11/25

San Miguel 7 horas

Lugar, día y hora de regreso: Ensamada 8 horas 17/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): San Miguel 12 de 17/11/25  
campesía, requete municipal  
punto de encuentro en ensamada, bueno las

Nombres y teléfonos de los acompañantes: .....

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A cargo

de la CPM

Otros datos de la Infraestructura disponible: A

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 hija Aranda Milagros  
Daniela DNI 48979599 que concurre al Establecimiento  
Educativo N° ..... del distrito  
..... a participar de la Salida Educativa / Salida de  
Representación Institucional a realizarse en la localidad de  
San Miguel el/los día/días ..... del  
mes de ..... del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		✓	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)

ASPIAZU, Ado. Carolina 1121929453 (mamá)  
ASPIAZU, Michaela Soledad 1128638426 (tío)  
ASPIAZU, Alejandra 1132631337 (tía)  
SQUICCIARINI, Yanatan 1123102729 (Pradue)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Aspiazu Ado Carolina*

DNI: 36825661

Fecha: .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Jose  
Hestelen

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

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

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

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

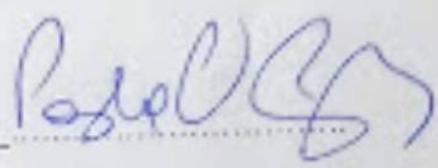
Autorizo a las/os responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

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/os 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)

MAMA' 1168142610 - ANGEL 1150384458

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

DNI: 21.072829

Fecha: / /

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DE GUBERNA  
LUBAILA

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: JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida: SAN MIGUEL - 7:00h  
15/11/2025

Lugar, día y hora de regreso: ENSENADA - 8:00h 17/11/25  
SAN MIGUEL - 12:00h - 14/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL - PUNTA LARA, ENSENADA - BS AS.

Nombres y teléfonos de los acompañantes

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): A CARGO DE LA CPM

Otros datos de la Infraestructura disponible:

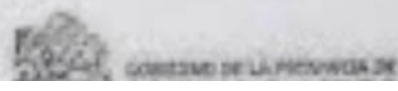
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable).

Por la presente autorizo a mi hija Sequiro Ludmila  
DNI 50.268.108 que concurre al Establecimiento Educativo N° del distrito a participar de la Salida Educativa / Salida de representación Institucional a realizarse en la localidad de SAN MIGUEL el/los día/días del mes de del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		<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/os responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/os responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su sólo 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 adapten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/os 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: (Consiguar varios)

11 61 51 94 33 (Madre)

11 22 79 97 57 (Adriana Puyo Monoj)

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

ELIZABETH ZAFF

DNI:

24243480

Fecha: .....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

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

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

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

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los/as 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)

ABUEN: 1165850711

T.A: 1127479411

PR: 1127298713

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Vanilia Samay*

DNI: 12.549.654

Fecha: 28/10/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

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

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

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los/as 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)

ABUEN: 1165850741

T.A: 1127479411

PR: 1127298713

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Vanilia Garay*

DNI: 12.549.654

Fecha: 28/10/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

En la presente autorizo a mi hija MOLINA DANIELA a participar del  
Curso del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo "Campus  
más" de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su  
bajo la custodia de los acompañantes de la delegación. Siendo  
con la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños

En particular, saludo a Ud. atentamente,

ES N° 28 LOIA MORA (SAN MIGUEL)

5/11

BARREIRO ELIZABETH

Firma del padre/madre, tutoría o encargador/a

Aclaración: BARREIRO ELIZABETH  
Domicilio: FLORENCIO SANCHEZ 4855  
Localidad: SAN MIGUEL  
Provincia: CG AS  
Tipo y N° doc: DNI 83118655  
Teléfono: 1167654479

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/11/2009

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 49889710

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido: ELIZABETH BARREIRO DANIELA  
Apellido del Titular: ELIZABETH DANIELA BARREIRO  
Cédula: 5123456789 Provincia: GUAYAMA  
Código Postal y N° de Documento: 01000000000000000000 Teléfono: 7767659479  
Fecha de Nacimiento: 17/11/09

FORMANTE

Titular  Padre/Madre  Otros (especificar): \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES

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

3.2. Durante los últimos 3 años fue mordido alguna vez? SI  NO   
Causa: \_\_\_\_\_

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

TRATAMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: \_\_\_\_\_

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: \_\_\_\_\_

3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cual: \_\_\_\_\_

VAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BIN: COMPLETO BCG: COMPLETO SARAMPION: COMPLETO TRIPLE: COMPLETO COVID: COMPLETO

DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: ELIZABETH BARREIRO Teléfono: 7667659479 (MA)  
Médica: SIN COBERTURA MEDICA Teléfono: 767345762 (T)

BARREIRO ELIZA  
Firma

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: ELIZABETH BARREIRO  
Domicilio del Titular: LA REFORMA 1000 1000 1000 1000  
Ciudad: SAN MARTIN Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 2311 2311 2311 2311 Teléfono: 7771 7771 7771 7771  
Fecha de Nacimiento: 11/11/20

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 completo BCG completo SARAMPION: completo TRIPLE: completo DTPD: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ELIZABETH BARREIRO

Teléfono: 1667 6544 79 (Móvil)

Cobertura Médica: SIN COBERTURA MEDICA

Teléfono: 167 34 5762 (Fijo)

Afiliado: \_\_\_\_\_

ELIZABETH BARREIRO  
Firma

ANEXO VI  
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

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

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

Nombre del Proyecto de la Salida: Juvenis y Mexica

Lugar, día y hora de salida:

San Miguel 7:00 hs. 15/11/25

Lugar, día y hora de regreso: Encarnada 8:15 hs. 16/11/25. San Miguel 12/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Club Plaza Recreativa Municipal - Retiro 1000  
Encarnada Buenos Aires

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): A cargo de la CEM

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 hija MOLINA DANIELA

ADIGAIL DNI 49889710 que concurre al Establecimiento

Educativo LOLA MORA N° 28 del distrito

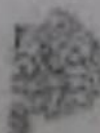
SAN MIGUEL a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

..... el/los día/días..... del

mes de..... del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



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

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

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
		X	Nº Socio	_____

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

Autorizo a las/os 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/os 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)

1167654479 (MADRE)

1169518665 (ABUELA)

1167390761 (TIO)

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

DNI: 33148655

Fecha: 21/10/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGC



to 9(60)s

KEATING  
LUCIANA

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: Juveniles y memoria

Lugar, día y hora de salida:

San Miguel 7:20 AM 15/11/25

Lugar, día y hora de regreso: Escuela B. 17/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): completo recreativo municipal: Anta Lara Escuela B

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A cargo de la CPA

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 LUCIANA KEATING  
DNI 49593153 que concurre al Establecimiento  
Educativo E.S. "Lola Mora" N° 28 del distrito  
DE SAN MIGUEL a participar de la Salida Educativa / Salida de  
Representación Institucional a realizarse en la localidad de  
el/los día/días 15 del  
mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

12 de nov. de 2025 11:02 p.

Escaneado con CamScanner

ada en moto 9(60)s

LUCIANA  
KEATING

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):  
Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: .....

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

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

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

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

.....

- 1160 217446 MAMA: KARINA CACERES CASTRO.....

1172 196337 HERMANA SILBRINA.....

115966 2559 HERMANO FRANCISCO.....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: Karina Caceres Castro  
KARINA CACERES CASTRO.

DNI: 27524088.....

Fecha: 04/11/25.....

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



Jose medelán

ANEXO V

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: Juveniles y Madres

Lugar, día y hora de salida:

San Miguel 7:00hs 15/11/2023

Lugar, día y hora de regreso: Ensenada 8:15hs 17/11/2023

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo recreativo municipal - Puerto Lara

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Ensenada Buenos Aires

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): A cargo de la CEP

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 Medela P Jose

DNI 48.434.720 que concurre al Establecimiento

Educativo Lola Mora N-28- N° del distrito

SAN MIGUEL a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

el/los día/días del

mes de del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-OCGYEDGCYE



1. DATOS

Nombre y Apellido: NOELI MARIBEL DOMÍNGUEZ GARCÍA  
Domicilio del Titular: EL CONDOR 2500 C/ P. Z. 4055  
Cuidad: LA PLATA Provincia: B. BUENOS AIRES  
C.C. y N° de Documento: 20.700.000.000.000 Teléfono: 7702000000  
Fecha de Nacimiento: 7/7/08

INFORMANTE

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

ANTECEDENTES

- 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Causa: .....
- 3.2. Durante los últimos 3 años fue operado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....
- 3.3. Tiene algún tipo de alergia SI (1)  NO   
(1) Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

TRATAMIENTOS

- 4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....
2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....
3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Causa: .....

VAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID: 3

DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: ELIZABETH BARRERO Teléfono: 1167654479 (Mad)  
Médica: Sin Cobertura médica Teléfono: 1167845761

ELIZABETH BARRERO  
Firma

ANEXO VI  
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

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

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

Nombre del Proyecto de la Salida: Juegos y Matemática

Lugar, día y hora de salida: San Miguel 7:00 hs. 25/11/25

Lugar, día y hora de regreso: Encomienda 8:00 hs. 26/11/25 San Miguel 12/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo residencial Municipal - Ratz Vera  
Encomienda Buenos Aires

Nombres y teléfonos de los acompañantes: .....

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección y teléfonos): A cargo de la C.F.M.

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 MOLINA DANIELA  
ADIGAIL DNI 49889710 que concurre al Establecimiento  
Educativo LOLA MOA N° 28 del distrito  
SAN MIGUEL a participar de la Salida Educativa / Salida de  
Representación Institucional a realizarse en la localidad de  
..... el/los día/días ..... del  
mes de ..... del presente ciclo lectivo

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: RIQUENA GONZALEZ, MARIA TERESA  
Domicilio del Titular: CALLE 10 DE ABRIL 1000  
Ciudad: LA PAZ Provincia: B  
Tipo y N° de Documento: 5123456789 Teléfono: 11 37357451  
Fecha de Nacimiento: 27/03/82

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otro (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: CIRUGIA OJOS/CATARATA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cual: \_\_\_\_\_

VACUNAS (indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

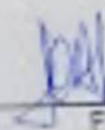
Nombre y Apellido: JOSE CABRERA

Teléfono: 11 6224-1928

Profesión Médica: LOMA

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: 214965581700



Firma