



RESISTENCIA, 04 SEP 2009

VISTO:

MFN 16600

El Programa de Turismo Socioeducativo implementado en el Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología en el año 2009; y

CONSIDERANDO:

Que en dicho Programa, se consignan los procedimientos dirigidos a implementar las acciones a llevarse a cabo a través del mismo y que alcanza a alumnos de establecimientos educativos de todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo Provincial;

Que los viajes a realizarse en el marco del Programa de Turismo Socioeducativo difieren en sus características, financiamiento y responsabilidades de los regulados mediante Resolución N° 2493, denominado "Viajes o excursiones de estudio";

Que a través del Programa de Turismo Socioeducativo, se debe cumplimentar con la documentación necesaria, en forma obligatoria y preliminar a la realización de los viajes;

Que, la documentación consiste en la presentación en tiempo y forma de los formularios que, como Anexos, figuran en la presente;

Que interviene la Dirección General de Políticas Socioeducativas;

Que corresponde el dictado del presente instrumento legal;

LA MINISTRA DE EDUCACIÓN, CULTURA,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1º: ESTABLECER que, para habilitar la concreción de viajes y actividades que corresponden al Programa de Turismo Socioeducativo del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de la Provincia del Chaco, las delegaciones y participantes deberán haber cumplimentado, en tiempo y forma, los siguientes formularios: "Planilla Institucional", "Planilla escolar", "Ficha médica" y "Autorización", los cuales figuran como Anexos a la presente Resolución.

ARTICULO 2º: REGISTRAR, comunicar y archivar.

RESOLUCIÓN N° 5327

Dra. María Inés Piratti Vergara
Ministra de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología



5327

PROGRAMA DE TURISMO SOCIOEDUCATIVO

Autorización

Lugar y fecha:
Escuela N°:
Localidad:
Región:

Por la presente autorizo a mi
hijo....., D.N.I. N°

.....a participar del **PROGRAMA DE TURISMO**

SOCIOEDUCATIVO, que comprende la prestación de los servicios de transporte y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística de
....., desde el/...../..... hasta el/...../.....,
permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los
acompañantes de la delegación.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

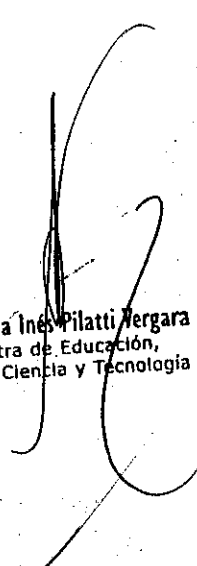
.....
FIRMA DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO

ACLARACIÓN:.....

TIPO Y N° DOC:.....

TELÉFONO:

DOMICILIO:.....


Dra. María Inés Pilatti Vergara
Ministra de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología



PROGRAMA DE TURISMO SOCIOEDUCATIVO

Planilla institucional

5327

Institución _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____
email _____ @

Día Mes Año

Autoridades:

Director/a: _____ T.E.: _____
Vicedirector/a: _____ T.E.: _____
Secretario/a: _____ T.E.: _____

Sello de la Institución

Firma y sello secretario

Firma y Sello del Director/a

Dra. María Inés Biatto Vergara
Ministra de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología



5327

Provincia Del Chaco
Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología

Ficha médica

PROGRAMA DE TURISMO SOCIO EDUCATIVO

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Provincia

Escuela

Tipo y N° de Documento

Teléfono

Grupo sanguíneo:

Factor RH

Fecha de nacimiento

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

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 ☐

(*) ¿A qué?

Síntomas:

Tratamiento:

3.4. Marque las enfermedades que ha padecido
sarampión- otitis-eczemas-varicela-bronquitis-asma-paperas-viruela-difteria- escarlatina
reuma- sinusitis-conjuntivitis- Otras:

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:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido

Teléfono:

Cobertura Médica:

Teléfono:

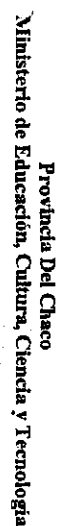
N° Afiliado:

Firma

Aclaración

D.N.I.

Dra. María Inés Pilatti Vergara
Ministra de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología



TURISMO SOCIOEDUCATIVO

Fecha:

Condición: 1- alumno

2. docente

3- acompañante

4-coordinadores

5-choferas del Ministerio de Educación

Dra. María Inés Pilatti Vergara
Ministra de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

[illegible]