



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

📍 Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



☎ 0221 423-1006 / 422-8594

🌐 ajb.org.ar

✉ ajb@ajb.org.ar

SOLICITUD PARA FORMAR PARTE DE LA COLONIA DE VACACIONES

Lugar:		Fecha:	
Para hijas e hijos de judiciales con afiliación al gremio nacidos en el año:			

La colonia se lleva a cabo en Miramar

1.Apellido y nombre del menor o la menor:	
2.Fecha de nacimiento:	
3.Domicilio del menor o la menor (datos completos):	
4.Localidad:	
5.Nombre del padre:	
6.Nombre de la madre:	



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

📍 Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



☎ 0221 423-1006 / 422-8594

🌐 ajb.org.ar

✉ ajb@ajb.org.ar

AUTORIZACIÓN PARA VIAJAR

Dejo expresa constancia que autorizo a mi hija o hijo:	
Nacido el:	
Nombre del titular o la titular:	
Legajo personal N°:	
a)Teléfono particular:	
b)Teléfono para comunicarse en caso de urgencia:	
c)Teléfono del padre:	
d)Teléfono de la madre:	
Aclaración:	
Departamental:	
Sello:	
Aclaración:	
Observaciones:	



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



0221 423-1006 / 422-8594

ajb.org.ar

ajb@ajb.org.ar

FICHA MÉDICA 1

Control médico para ser aplicado en el funcionamiento de la Colonia de Vacaciones para hijas e hijos de judiciales con afiliación al gremio, nacidos en el año:

La colonia se lleva a cabo en Miramar

1) Apellido y nombre del menor o la menor:

2) Edad:

3) Documento de Identidad N°:

4) Grupo y Factor sanguíneo :

ENFERMEDADES PADECIDAS

Marcar con una cruz los casilleros correspondientes a las enfermedades padecidas por el menor o la menor y colocar en las líneas respectivas los años en los que enfermó.

<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Tos convulsiva	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Reumatismo
<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Parasitosis
<input type="checkbox"/>	Gastritis	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	Disentería	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	Viruela	<input type="checkbox"/>	Varicocele
<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Adenoides	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/>	Gripe	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	Paludismo	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	

¿Sigue algún tratamiento?

Indicar cual:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Fecha de la intervenciones

Indicar cual:

VACUNAS SUEROS: (indicar fecha de la última dosis)

<input type="checkbox"/>	Antivariólica	<input type="checkbox"/>	Sabin	<input type="checkbox"/>	BCG
<input type="checkbox"/>	Anticoqueluche	<input type="checkbox"/>	Triple	<input type="checkbox"/>	Cuádruple
<input type="checkbox"/>	Antidiftérica	<input type="checkbox"/>	Antitetánica	<input type="checkbox"/>	Apendicitis



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



0221 423-1006 / 422-8594

ajb.org.ar

ajb@ajb.org.ar

FICHA MÉDICA 2

Alergias:	
Alimentos:	
Otros:	

Medicamentos

Cuáles:	
Antibióticos:	

Controles

Presión sanguínea	Pulsación normal	Capacidad pulmonar
Ritmo respiratorio	Grupo sanguíneo	Talla: Peso:

Tiene dificultades (Si-No)

Aparato locomotor	Aparato circulatorio	Aparato respiratorio
Nariz	Garganta	Aparato digestivo
Piel		

¿Sufre actualmente alguna enfermedad?	
Indicar cuál:	

Certifico que el menor o la menor de edad:	
--	--

Goza de buena salud física y mental, pudiendo desde el punto de vista médico, luego del control efectuado, formar parte de un contingente de Colonia de Vacaciones.

Lugar y fecha:	
Firma del médico o la médica:	Matrícula:

Aclaración:	
-------------	--



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

📍 Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



☎ 0221 423-1006 / 422-8594

🌐 ajb.org.ar

✉ ajb@ajb.org.ar

DATOS A COMPLETAR POR LA FAMILIA DEL MENOR O LA MENOR

Nombre y Apellido del menor o la menor:			
DNI:			
Sigues algún régimen especial de comidas: (Tildar lo que corresponda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sí	No

¿Afirmativo? Indicar

Cuál régimen:



AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y CONTENIDOS

A los		días del mes de:		de 202	
Yo,					
nacionalidad:		DNI N°:			
con domicilio en la calle:					
Teléfono:					
Provincia:					
en mi carácter de padre, madre, tutor o tutora legal de el o la menor:					

En este acto, declaro autorizar el uso de la imagen y testimonios, de mi hijo o hija menor, en redes sociales de la AJB. Dicha autorización comprende el derecho de reproducción, distribución y comunicación al público, así como la impresión gráfica, y no implica derecho de remuneración previsto en el Art. 56 de la ley 11.723 de Propiedad Intelectual y de gestión colectiva obligatoria por parte de SAGAI conforme a lo dispuesto en el Decreto 1914/06.

Firma del padre, madre, tutor o tutora:

Aclaración:



Asociación Judicial Bonaerense

Personería Gremial N° 1446/85

📍 Calle 50 N° 712 - C.P. (B 1900 ATD) La Plata, Provincia de Buenos Aires



☎ 0221 423-1006 / 422-8594

🌐 ajb.org.ar

✉ ajb@ajb.org.ar

SUBSIDIO TRANSPORTE DE COLONOS 2024

Listado de niños y niñas de 6º año, hijos e hijas de trabajadores o trabajadoras judiciales que concurren a la Colonia de Vacaciones durante el mes de febrero de 2024 en el Campamento Turístico de Miramar:

Nombre y Apellido del agente o la agente judicial:			
Número de legajo:			
Lugar de trabajo:			
Depende de: (Tildar lo que corresponda)		Corte	Ministerio Público
Departamental:			
Nombre y Apellido del menor o la menor:			

Presto conformidad para que la Asociación Judicial Bonaerense perciba el subsidio que otorga la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, para ser afectado al pago del servicio de transporte.

La Plata,

Firma del padre, madre, tutor o tutora:

Aclaración:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO DE MENORES DE EDAD

SEGURIDAD EN EL TRANSPORTE

En mi carácter de MADRE / PADRE / REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO (tachar la opción que no corresponda), con NOMBRE y APELLIDO y D.N.I. N°, lo cual lo acredito mediante instrumento adjunto¹, manifestando con carácter de declaración jurada que me encuentro en pleno ejercicio de las facultades que el mismo me enviste y haber cumplido con mi deber de información sobre la presente al otro progenitor del menor (artículo 654 del Código Civil y Comercial), AUTORIZO al menor/adolescente con NOMBRE y APELLIDO y DNI² N°, a viajar desde la localidad de origen hasta la localidad de destino³ a través de la Empresa, conforme las siguientes modalidades.

Identificación (marcar con una cruz la modalidad a utilizar según la edad del menor/adolescente)

1) Menor de seis (6) años	Acompañado (*)	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante ⁴		
2) Menores entre seis (6) y doce (12) años	Acompañado (*)	
	Servicio Menor No Acompañado	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante		
3) Adolescente entre trece (13) y diecisiete (17)	Acompañado (*)	
	Servicio Menor No Acompañado	
	Sin acompañante	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante		

Periodicidad de la autorización (marcar con una cruz la opción)

1) Por única vez			
2) Habitual	2.1 Periodicidad		2.2 Motivo
	a) Semanal		a) Laboral
	b) Mensual		b) Educativo
	c) Anual		c) Salud
			d) Otros

Fechas de salida y regreso

1) Fecha de salida (completar sólo si es una autorización por única vez)	Día/mes/año
2) Fecha de regreso	
a) Determinada	Día/mes/año
b) Indeterminada	
Firma de madre, padre o representante legal autorizado	Aclaración
Firma y sello del receptor de la presente Autorización	

1- Deberá acompañar copia de: Libreta de Matrimonio con el nacimiento asentado, Partida de Nacimiento, Acta de Nacimiento, Certificado de Nacionalidad, Pasaporte, Testimonio Judicial de adopción u otro instrumento público que dé plena fe del vínculo invocado, juntamente con los documentos de identidad del menor/adolescente y del representante legal autorizante. El vínculo también podrá ser acreditado mediante la verificación del documento nacional de identidad del menor, siempre que éste contenga el nombre de sus representantes legales (artículo 4 de la Resolución N° 43/16 de la Secretaría de Gestión de Transporte). En todos los casos deberá exhibirse el original correspondiente.

2- Acompañar copia del DNI del menor/adolescente, exhibiendo el original del mismo.

3- En caso de consignarse fecha de regreso en la presente autorización, el regreso únicamente tendrá como punto de partida el destino al que haya llegado el menor/adolescente y como punto de llegada el de origen del mismo.

4- Deberá acompañar copia del DNI del acompañante, exhibiendo el original del mismo.

