GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
DIRECCIÓN DE PARTICIPACION SOCIAL
SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO ESCOLAR CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

FECHA _____

FOLIO

Nombre Escuela			
Domicilio		**Teléfono**	
Clave	**Zona**	**Turno**	**Nº Alumnos**

ASEGURADORA		
N° Póliza	**Vigencia**	**Monto**
	De **Hasta**	

Banco	**Nº de Cuenta de la Asociación de Padres de Familia**

Firma _____

Nombre

Presidente de la A.P.F

Firma _____

Nombre

Tesorero de la A.P.F

_____

Vo.Bo. Dir. de

Participación Social