



Educación

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

FOLIO _____

Nombre Escuela			
Domicilio		Teléfono	
Clave	Zona	Turno	N° Alumnos

A SEGURADORA		
N° Póliza	Vigencia	Monto
	De _____ Hasta _____	

Firma _____

Nombre _____

Presidente de la A.P.F.

Firma _____

Nombre _____

Tesorero de la A.P.F.

Vo.Ba. Dirección de
Participación Social