GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
DIRECCIÓN DE PARTICIPACION SOCIAL
SOLICITUD DE AYUDA DEL SEGURO ESCOLAR
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA
EDUCANDOS

FOLIO _____

CICLO ESCOLAR 2024-2025

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

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

Firma _____

Nombre

Presidente de la A.M.P.F.

Firma _____

Nombre

Tesorero de la A.M.P.F.

_____

Vo.Bo. Dirección de

Participación Social

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
AV. ALCALDE 1351 EDIF. C
PLANTA BAJA
TEL. 3338 19 27 26