



Aviso de Accidentes Seguro Escolar

Número
Autorización _____

(Firma del directivo)

Clave y Sello de
Plantel Educativo

Nombre del plantel educativo: _____
Teléfono: _____

Procedimiento para Atención Médica Seguro Escolar

Sección I Datos del Asegurado

Nombre _____ Fecha Nac. _____
Teléfono Casa _____ Grado y Grupo _____

b) Datos del accidente

Lugar del accidente _____ Fecha ____/____/____ Hora: ____
Descripción detallada del accidente:

Lesiones que presenta: _____

a) Datos de la Persona que lleva al asegurado

Nombre _____
Teléfono Celular _____ Firma _____

Fechado en _____ el _____ de _____ del 20 ____

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.