



Aviso de Accidentes Seguro Escolar

Número Autorización _____

(Firma del directivo)
Clave y Sello de Plantel Educativo

Nombre del plantel educativo: _____

Teléfono: _____

Procedimiento para Atención Medica Seguro Escolar

Sección I Datos del Asegurado

Nombre del alumno: _____

Fecha Nacimiento: _____

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 _____

Fecha en _____ el _____ de _____ del 20 _____