



CONSTANCIA DE HECHOS

ESCUELA _____

CLAVE _____

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe, Director(a) de la Escuela: _____

_____ HACE CONSTAR que el

alumno _____

que se encuentra inscrito en _____ grado, grupo _____ ,
turno _____ del ciclo escolar _____ sufrió un accidente;

- En las instalaciones del Plantel Escolar.
- En el trayecto ininterrumpido de la casa a la escuela o de la escuela a la casa.
- En actividad escolar dentro o fuera del plantel avalada por la Dirección.

Hechos que a continuación describo:

Se extiende la presente a petición del interesado para los fines legales que convengan; en la ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco; a los días _____ del mes de _____ 20____.

Padre, Madre o Tutor:

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____

Correo electrónico: _____ Tel.: _____



PUERTO VALLARTA
GOBIERNO MUNICIPAL 2024-2027



ATENTAMENTE

INFORMACIÓN

Ivonne García Mejía

Coordinador de Seguros Escolares

Tel.: U.M.A. 01 (322) 178 8000 Ext. 1249 / 3335

Cel: 322 206 6984

Director (a) del Plantel

Nombre, Firma y Sello del Plantel

Manifiesto decir verdad que la información proporcionada es verídica conforme a los fines que establece el programa.