



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO
LISTA DE ASISTENCIA



Fecha: _____

Nombre de la Actividad: _____

Nombre del Estado: Colima

Nombre del Municipio: Comala

Lugar sede: _____

Comunidad , Colonia Escuela Centro DIF Albergue o Casa Cuna Otro

*Nombre: _____

**Grado y Grupo: _____

Nº.	Nombre del participante	Sexo		Edad
		H	M	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Persona responsable Licda. Marcela Marigel Castillo Cázares
Nombre y firma SEDIF

T.S. Ariana Berenice Saucedo Jiménez.
Nombre y firma SMDIF o responsable de la actividad

*Nombre del espacio donde se realizó la actividad.

**En caso de que el espacio en donde se realizó la actividad sea una escuela.