



Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Nutrición Escolar



Control de Asistencia de Beneficiarios Programa Desayunos Escolares

Ciclo Escolar: _____

Municipio: _____

Clave del Plantel: _____

Tipo de Ración: _____

Localidad: _____

Nombre del Plantel: _____

Centro de Atención: _____

Codigo Postal: _____

Domicilio: _____

Tipo de Localidad: _____

Turno: _____

No.	Nombre del beneficiario	Mes:																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Firma

Firma y Sello

Comité de Padres de Familia

Director del Plantel Educativo