Formato de Aviso de Excursiones Académicas y Deportivas

Póliza de Accidentes Escolares 2025

La póliza contratada ampara los viajes con fines académicos o deportivos que sean oficialmente organizados por la institución dentro o fuera del estado de Sonora.

Con la finalidad de prever lo necesario en caso de alguna contingencia de cualquiera de los alumnos que participen en dichas excursiones se solicita dar aviso a la Aseguradora con al menos 7 días antelación a los siguientes correos:

[dgservicios@sonora.gob.mx](about:blank)

Recuerde que, en caso de EMERGENCIA, siempre deberá comunicarse al call center al número   
**55 5169 3912** identificarse como maestro o titular, indicar su centro de costos, y la ubicación del afectado.

Agregar **carátula de póliza**, que está en acceso en <https://www.itesca.edu.mx/modulos/estudiantes/servmedico.php>

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Escuela o Institución:** | Instituto Tecnológico Superior de Cajeme | | | **Centro de Costos:**  **Cajeme: 26EIT0002G, Vicam: 26XIT0002V, Alamos: 26XIT0001W** | | |
|  |  | | | | | |
| **Tipo de Excursión:** | *Visita:\_\_\_\_\_\_\_\_ Viaje\_\_\_\_\_\_* | | **Número de Alumnos** | | |  |
|  |  | | | | | |
| **Fecha de la Excursión**: | del |  | | al |  | |
|  |  | | | | | |
| **Origen y Destino:** | de |  | | a |  | |
|  |  | | | | | |
| **Medio de Transporte:** | Favor de poner: marca, modelo y placas | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **Nombre del maestro o titular responsable:** |  | | | Teléfono Contacto: | | |
| Correo Electrónico: | | |
|  |  | | | | | |
| **Lugar y dirección de hospedaje en el destino:** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del contacto (EMPRESA) | celular | asignatura | | | Carrera de adscripción | |
|  |  |  | | |  | |
| Objetivo de la visita |  | | | | | |
| Fecha de solicitud | Hora de salida: | | | Hora de regreso: | | |
|  |  | | |  | | |
| Docentes responsables:  Correo y celular | Nombre | | Celular | | | Correo |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Matricula | Nombre | Fecha de nacimiento | Grupo sanguíneo | CURP | Persona a contactar en caso de emergencia (nombre y celular) | Firma de exclusión de responsabilidades |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Profesor solicitante  Nombre y Firma | Revisó  Jefe de División  Nombre y Firma | Autorizó  Subdirección Académica  Nombre y Firma |