



Informacion Para Los Padres/Custodios Para excursions de un día o más

Padres/Custodios, guarden esta parte de la forma para su información

Tropa/Grupo # \_\_\_\_\_ ha programado una excusion para (fecha) \_\_\_\_\_ las (hora) \_\_\_\_\_ hasta las \_\_\_\_\_.

Lugar o destino: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Líderes que acompañarán a las niñas: \_\_\_\_\_

Medio de transporte \_\_\_\_\_ Nos encontraremos o partiremos desde: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Regresaremos a: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Actividades en las cuales las niñas participarán: \_\_\_\_\_

Cada niña necesitará: Gastos: \_\_\_\_\_ Ropa: \_\_\_\_\_ Equipo: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia o retraso, el líder notificará a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ quien notificará a los padres.

Firma de líder que acompañará a las niñas \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ASEGURESE DE HABER SEPARADO ESTA PARTE DE LA FORMA DE PERMISO PARA ACTIVIDADES. ES PARA SU INFORMACIÓN.



Forma de Permiso Para Actividades y de Emergencia Medica

Fecha de la excursión: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Devuelva esta parte de la forma a el líder a más tardar el (fecha) \_\_\_\_\_

Notificación de que mi Girl Scout NO participará en la excursion descrita \_\_\_\_\_ NO, mi Girl Scout \_\_\_\_\_ no tiene permiso, y no participará en esta excursion.

Firma del padre/custodio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Permiso de participación (favor de llenar la forma y firmar donde se indica) \_\_\_\_\_ ¡SI! Doy permiso para que mi Girl Scout \_\_\_\_\_ participe en la excursion indicada en la parte superior de la hoja. \_\_\_\_\_ ¡SI! Doy permiso para que mi Girl Scout \_\_\_\_\_ participe en la excursion indicada en la parte superior de la hoja, pero con los limites y/o arreglos razonables: (Favor de describirlos.) ¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

Durante la actividad me (nos) pueden encontrar en (teléfono): \_\_\_\_\_ (dirección) \_\_\_\_\_ Día-# de madre/custodio: \_\_\_\_\_ # del padre/custodio: \_\_\_\_\_ Noche-# de madre/custodio: \_\_\_\_\_ # del padre/custodio: \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ En caso de no poder encontrarme (nos) en una emergencia, la siguiente persona está autorizada para actuar de parte mía (nuestra): Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que las fotografías que se saquen de mi Girl Scout en esta actividad se usen para publicidad si lo autorizan los miembros indicados del consejo. Por este medio autorizo que un doctor medico capacitado y titulado administer tratamiento a mi Girl Scout \_\_\_\_\_ en caso de una emergencia médica que, en la opinion del medico que atiende a la paciente, podría poner en peligro su vida, causarle desfiguración o deterioro fisico o molestia excesiva si se retardara. Se da por entendido que se hará un esfuerzo para ponerse en contacto con el suscrito antes de administrar tratamiento, pero no se le negará ninguno de los tratamientos si no es posible ponerse en contacto con el suscrito.

Firma del Padre/Custodio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_