



Formulario de Permiso para Viajes o Eventos Para Actividades Individuales

Utilice este formulario si el viaje/evento requiere una autorización para su actividad (visite www.sdgirlscouts.org/safety), o cuando los padres/tutores hayan declinado entregar el Permiso Anual para Actividades Rutinarias y Excursiones.

Parte A: Para ser llenado por el líder de la tropa/grupo y guardado por el padre/tutor

La tropa/grupo # _____ está planeando un viaje/evento a _____ Fecha (s) _____

Dirección del viaje/evento (calle/ciudad/estado/código postal): _____

Tipo de actividad: _____

Planes para el transporte: _____

Hora y lugar de salida: _____

Hora y lugar de llegada: _____

Nombre(s) de los líderes de la tropa/grupo que acompañan a las niñas: _____

Por favor, pague la porción familiar de \$_____* (La Tropa/grupo pagará \$_____ de los fondos de la tropa para un gasto total por niña de \$_____) Las niñas pueden traer dinero para gastar hasta \$_____. * Puede haber asistencia financiera disponible; consulte con el líder de la tropa.

Equipo y/o ropa que necesitará cada niña: _____

En caso de circunstancias fuera de lo normal (retrasos mayores, etc.), el líder se pondrá en contacto con la siguiente persona para notificar a todos los padres/tutores de las niñas:

Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Fecha en la que se envió el formulario al padre/tutor: _____ Fecha en que se debe entregar el formulario firmado al líder de la tropa/grupo _____

Nombre del líder del viaje/evento _____ Teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

Parte B: Para ser llenado por el líder de la tropa/grupo y guardado por el padre/tutor

Mi Girl Scout _____ tiene permiso para participar en _____ los días _____

Si fuera necesario, ella podrá recibir tratamiento de un socorrista de primeros auxilios certificado durante el viaje/evento.

Durante este viaje/evento podremos ser contactados:			
Nombre del padre 1	Teléfono padre 1: ()	Número de teléfono alternativo para padre 1 ()	
Nombre del padre 2	Número de teléfono alternativo para padre 2 ()	Número de teléfono alternativo para padre 2 ()	
Si no puedo/podemos ser contactado(s) en caso de emergencia, la siguiente persona está autorizada para actuar en mi/nuestro nombre:			
Nombre de la persona responsable:	Relación con la niña:	Teléfono: ()	Teléfono alternativo ()

- Mi hija/dependiente está en buena salud y puede participar en todas las actividades: Sí No. En caso negativo, enumere cualquier excepción: _____
- Mi hija/dependiente requiere de las siguientes necesidades para realizar mejor sus actividades (escriba "ninguna" si no requiere nada): _____

En caso de emergencia, un proveedor de atención médica (socorrista, técnico de emergencias médicas, médico, etc.) puede necesitar saber la siguiente información sobre la salud de mi hija/dependiente (alergias, enfermedades crónicas, convulsiones, etc.)

Fecha de la última vacuna del tétano _____

Requisitos para dormir, si procede: Mi hija/dependiente podrá no podría compartir una cama (diseñada para más de una persona) con otra niña. Las niñas nunca compartirán una cama con un adulto que no sea de su familia.

Permiso para recibir tratamiento médico de emergencia:

Doy mi permiso para que un adulto a cargo pueda llevar a mi hija a un centro médico, si fuera necesario. En caso de emergencia, si no se puede contactar con ninguna de las personas citadas anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hija/dependiente reciba tratamiento bajo la supervisión de, y como considere conveniente, un licenciado médico de acuerdo a las leyes que regulan la práctica de la medicina. De esta forma, se autoriza lo acordado en la sección 25.8 del Código Civil de California

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____