



# 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](http://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 \_\_\_\_\_