



# Formulario de Permiso para Viajes o Eventos Para Actividades Individuales

Utilice este formulario si el viaje/evento requiere una autorización para su actividad, 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/tutor 1	Teléfono para padre 1 ( )	Número de teléfono alternativo para padre 1 ( )
Nombre del padre/tutor 2	Teléfono 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 - como una cama king-sized o queen-sized) con otra niña. Las niñas nunca compartirán una cama con un adulto.

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 \_\_\_\_\_