



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 Médica

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 _____