girl scouts
san diego

Permission Form

Dear Parent/guardian:

Troop/group # ______________ is planning____

Dates(s)____ Time ____

Location____ Phone number(___________)________________________________

Arrangements for transportation:
Time and place of departure ____

Time and place of return ____

Method of transportation ____

Leaders accompanying the girls:
Name(s) ____

____

Each girl will need:
Expenses ____

Equipment and clothing ____
In case of unusual circumstances (major delays, etc.), the leader will call:
Name____ Phone number (______________)__________________________
who will then contact the parents.

____ (___________________)________________________
Leader Phone number

✂- -

Detach and return the bottom portion to leader by ________
Only girls with a signed permission form may participate.

My daughter____ has permission to

participate in____ Date___________________________________
The following information is provided so that the adult in charge may contact a responsible person in case of illness or accident during the activity.

____ (____________)________________________
Parent/guardian Phone(s)

____ (____________)________________________
Parent/guardian Phone(s)

____ (____________)________________________
Responsible person other than the above/relationship Phone(s)

____ (____________)________________________
Doctor Phone

My daughter is in good health and may engage in all activities [ ] yes [ ] no. If no, list any exceptions ________________________________

____

In an emergency situation, an emergency medical technician may need to know the following information regarding my daughter's health (e.g., allergies, chronic illnesses, seizures, etc.) ____

____

Date of last tetanus shot ____________________________

I give my permission for the adult in charge to take my child to a medical facility, if necessary. In case of emergency, if none of the above can be contacted, I consent to treatment for my daughter under the supervision of and as deemed advisable by a physician licensed under the Medicine Practice Act. This provides authority pursuant to Section 25.8 of the California Civil Code.

Parent or guardian's signature ____Date ____

JN:cc
PG-0085CW 7/7/11

girl scouts
san diego

Formulario de Autorización para los Padres

Estimados Padres de familia/tutor:

La tropa/el grupo # _________________ está planeando una ____

Fecha(s) ____ Hora (__________)____________________________

Lugar____ Número de teléfono del lugar (__________)______________________

Arreglos para transportación:
Hora y lugar de salida ____

Hora y lugar de regreso ____

El medio de transportación ____

Las líderes que acompañan a las niñas:
Nombre(s) ____

____

Cada niña necesitará:

Gastos

____

Equipo y ropa

____

En caso de circunstancias excepcionales (retrasos mayores, etc.), la líder se comunicará con:

Nombre ____ Número de teléfono (__________)___________________________
quien les avisará a los padres.

____ (_______________)______________________________
Líder Número de teléfono

- -

Regrese esta parte a la líder antes del ___________________
Únicamente las niñas con el permiso de autorización firmado podrán participar

Mi hija ____ tiene mi permiso para participar en ______________________

____ Fecha ____

Por favor complete la siguiente información para que la adulta encargada pueda comunicarse con la persona responsable en caso de enfermedad o accidente durante la actividad.

____(___________)___________________________
Nombre de la madre/tutor Teléfono(s)

____(___________)___________________________
Nombre del padre/tutor Teléfono(s)

____(___________)___________________________
Contacto de emergencia/parentesco Teléfono(s)

____(___________)___________________________
Nombre del doctor Teléfono

Mi hija está en buenas condiciones físicas y puede participar en todas las actividades [ ] sí [ ] no. Si marcó no, por favor anote cualquier

limitación ____

En una situación de emergencia, un técnico médico de emergencia necesita saber la siguiente información sobre mi hija (por ejemplo, es alérgica a alguna medicina o le dan ataques de epilepsia, etc.) ____

____

Fecha de la última vacuna contra el tétano_________________________________

Doy consentimiento a la persona adulta encargada para que lleve a mi hija a un lugar donde se le pueda dar atención médica, si es necesario. En caso de emergencia, si no puede comunicarse con ninguna de las personas de arriba, doy consentimiento para que mi hija reciba tratamiento bajo la supervisión y a cargo de un doctor titulado bajo el Acto de Practicar Medicina (Medicine Practice Act). Esto da autorización de acuerdo con la Sección 25.8 del Código Civil de California (California Civil Code).

Firma del padre/tutor ____ Fecha ___________________________