



GIRL SCOUTS OF CONNECTICUT

WWW.GSOFCT.ORG 1-800-922-2770

REGISTRO A PROGRAMA PARA NIÑA INDIVIDUAL

- Asegúrese de leer toda la información de registro antes de registrarse. Por favor escriba claramente con tinta azul o negra o a máquina.
- Algunos eventos podrán no requerir la asistencia de un adulto para participantes individuales (vea la descripción del programa).
- Los formularios no pueden ser transferidos de un evento al siguiente.

Envíe por correo el registro completo y pago a:
 Girl Scouts of Connecticut
 Registration Department
 20 Washington Avenue
 North Haven, CT 06473
 Phone (203) 239-2922 Fax (203) 234-6828

Nombre de la Participante		Grado	Fecha Nacimiento / /	Nivel(es) de Edad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	
Nombre de Padre/Tutor			Correo Electrónico del Padre		
Dirección Postal		Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono trabajo ()	Teléfono casa ()	Teléfono Celular ()		Enviar confirmación a través de <input type="checkbox"/> US mail <input type="checkbox"/> correo electrónico	
¿Cómo prefiere ser contactado? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> correo electrónico					
Contacto Adicional de Emergencia (requerido)				Teléfono de Contacto de Emergencia	
Nombre del adulto que asiste con la niña (requerido a no ser que se indique otra cosa en la descripción del programa)					
Necesidades Especiales (p.e. silla de ruedas, alergia a alimentos, etc.)					
Nombre del Evento		Locación	Fecha / /	Hora(s)	
Evento #	Participantes		# Que Asiste	x Cuota/Persona	= Cuota Total
	Niñas		_____	X \$ _____	= \$ _____
	Adultos		_____	X \$ _____	= \$ _____
	Niñas menores de 5 años o niños, si se permiten (Tagalongs)		_____	X \$ _____	= \$ _____
	Gran Total Cuota				\$ _____

He leído la información sobre el programa y doy permiso de que mi hija participe en la actividad mencionada arriba. Entiendo que el Concilio no se hace responsable de ninguno de los efectos personales de mi hija. Entiendo que debo llevarla y recogerla del evento. Entiendo que, en caso de una emergencia, se hará todo lo posible por contactar a los padres o tutores legales antes de proveer tratamiento médico. Si los padres o tutores no pueden ser localizados y la situación requiere tratamiento médico inmediato, según lo determinado por los representantes de Girl Scouts, doy autorización a los representantes de Girl Scouts of Connecticut para obtener tratamiento médico para mi hija. Sí No

Doy mi consentimiento para que fotografías, grabaciones de audio y video, y citas de mi hija tomados por personal autorizado de Girl Scout of Connecticut o designado por ellos sea usado en publicaciones del concilio, la televisión o la web. Sí No

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Información de Miembros	
<input type="checkbox"/> Soy actualmente miembro de Girl Scouts of Connecticut Inc. Tropa # _____ <input type="checkbox"/> Soy actualmente miembro del Concilio _____ <input type="checkbox"/> Quisiera unirme como miembro individual a Girl Scout con este registro y he incluido mi cuota de \$12 para GSUSA. Este será mi ____ (1 ^{er} , 2 ^o , 3 ^{er} , etc.) año como Girl Scout.	
Información de Pago	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito (Obligatorio para reservaciones en línea o por fax)	<input type="checkbox"/> Adjunto Cheque (Pagadero a Girl Scout of Connecticut o GSOFCT)
<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> AMEX	Total Cuotas del Evento
Nombre en la Cuenta	\$12 Membresía GSUSA (si aplica)
Número de Cuenta	Total Adjunto
Fecha de Expiración	Firma