

# GIRL SCOUTS OF CONNECTICUT

www.gsofct.org 1-800-922-2770



## PERMISO DE PADRE/GUARDIAN PARA VIAJE/EVENTO

**Parte A – Debe ser llenado por su Líder/Consejero de Tropa/Grupo y mantenido por padre/guardián**

No. de Tropa/Grupo \_\_\_\_\_ esta planeando un Viaje/Evento a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tipo de Actividad: \_\_\_\_\_  
Arreglos para el transporte: \_\_\_\_\_  
Hora y lugar de salida: \_\_\_\_\_  
Hora y lugar de regreso: \_\_\_\_\_

Líderes/Consejeros acompañando a las niñas: Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Costo del viaje/evento por niña: \$ \_\_\_\_\_ Tropa/Grupo \$ \_\_\_\_\_ = Costo total \$ \_\_\_\_\_ por persona  
Costo del viaje/evento para el padre: \$ \_\_\_\_\_ Tropa/Grupo \$ \_\_\_\_\_ = Costo total \$ \_\_\_\_\_ por persona  
Equipo y/o ropa que cada niña necesitara: \_\_\_\_\_  
Equipo y/o ropa que cada adulto necesitara: \_\_\_\_\_  
Opcional: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, el Líder/Consejero notificara a: Nombre \_\_\_\_\_  
Numero Telefónico ( ) \_\_\_\_\_ quien notificara a los padres/guardianes inmediatamente.  
Fecha en la cual el formulario fue entregado al padre/guardián: \_\_\_\_\_  
Fecha en la cual el formulario debe ser firmado y regresado al Líder/Consejero: \_\_\_\_\_  
Firma del Líder/Consejero: \_\_\_\_\_  
Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

-----  
**Parte B – Debe ser llenado por el padre/guardián y regresado al Líder/Consejero de la Tropa/Grupo**

Mi Girl Scout \_\_\_\_\_ tiene permiso de participar en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
Ella puede recibir tratamiento de Primeros Auxilios de una persona certificada, si es necesario, mientras en este viaje/evento.

Durante esta actividad, me pueden encontrar en:  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Si no se me encuentra en caso de una emergencia, la siguiente persona tiene la autorización de actuar de mi parte: \*Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Parentesco con la participante: \_\_\_\_\_

**\*Si ambos no están disponibles, el Líder o la persona de Primeros Auxilios esta /no esta autorizada para actuar de mi parte (circule una).**  
Nombre del Medico de la niña: \_\_\_\_\_ Numero Telefónico: ( ) \_\_\_\_\_

Cualquier medicamento, ya sea sin receta o prescrito, debe estar en su recipiente original y debe ser administrado por la niña en su dosis adecuada en la presencia del adulto responsable debido a las instrucciones dadas por escrito por el padre custodio, guardián, o medico.

Medicamento que se esta tomando (especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(sin receta o prescrito)

Necesidades especiales/limitaciones/alergias: \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

**Además de este formulario, el formulario de Historial Medico de Niña debe ser completado y firmado por el padre/guardián dentro del año requerido.**

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_