



# GIRL SCOUTS OF CONNECTICUT

[www.gsofct.org](http://www.gsofct.org) 1-800-922-2770

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE VIAJES/EVENTOS PARA PADRES/TUTORES

Cuando se utiliza con el Formulario de Consentimiento Anual e Historial de Salud actual, este formulario sólo es necesario para viajes fuera del Estado de Connecticut, que implique pasa noche o que sean considerados de alta aventura.

Parte A: Para ser completado por el Co-Líder de Tropa/Grupo y guardado por el padre/guardián

#Troop/Group \_\_\_\_\_ está planeando un viaje/evento a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Tipo de actividad: \_\_\_\_\_

Medios de transporte: \_\_\_\_\_

Hora y lugar de salida: \_\_\_\_\_

Hora y lugar de regreso: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de las co-líderes de tropa/grupo que acompañan a las niñas: \_\_\_\_\_

Precio del viaje/evento para la niña: \$ \_\_\_\_\_ Tropa/Grupo \$ \_\_\_\_\_ = Precio total \$ \_\_\_\_\_ por persona

Precio del viaje/evento para los padres: \$ \_\_\_\_\_ Tropa/Grupo \$ \_\_\_\_\_ = Precio total \$ \_\_\_\_\_ por persona

Equipaje y/o ropa que necesitará cada niña: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, el/la colíder avisará: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

quien notificará inmediatamente a los padres/tutores.

Si aplica, la autorización de alta aventura se mandó a casa para que los padres la firmen el: \_\_\_\_\_

Fecha en que el formulario fue enviado a los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Fecha en que el formulario firmado debe ser devuelto al Líder de Tropa/Grupo: \_\_\_\_\_

Firma del co-líder: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_



Parte B: Para ser completada por el padre/tutor y ser devuelta al Co-Líder de Tropa/Grupo.

Mi Girl Scout \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_.

En caso necesario, puede recibir tratamiento de un auxiliar de primeros auxilios certificado durante el viaje/evento.

**Acomodación para Dormir:** Es obligatorio que las niñas que comparten cama utilicen sacos de dormir o se intercambien por debajo y por encima de las sábanas. Una niña no compartirá la cama con un adulto no relacionado.

Durante esta actividad, pueden ponerse en contacto conmigo en:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

En caso de que no puedan localizarme en una emergencia, la siguiente persona está autorizada a actuar en mi lugar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Relación al Participante: \_\_\_\_\_

**Atención:** Seleccione sí o no si tanto el padre/tutor como el contacto de emergencia no están disponibles, el Co-Líder o el Socorrista certificado está autorizado a actuar en mi lugar: SÍ  NO

GSOFACT exige que todos los medicamentos de venta sin receta o recetados estén en el envase original y sean administrados por la niña en la dosis prescrita y en presencia del adulto responsable. Debe tener documentación del padre/tutor de la niña que acepte que la niña se autoadministre estos medicamentos.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Los miembros adultos de GSOFACT NO ESTÁN OBLIGADOS a administrar medicamentos, incluyendo la administración de un Epi-Pen.

El formulario de Autorización de Medicamentos de Venta sin Receta para Padres/Tutores debe completarse para cada evento/viaje al que asistirá la participante en el que pueda necesitarse medicación.

Todos los formularios se pueden encontrar en [www.gsofct.org](http://www.gsofct.org) en Forms & Documents (Formularios y documentos).

Si procede: Al poner las iniciales en este formulario, confirmo que he firmado y devuelto la autorización para participar en actividades de alta aventura.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

(Se requiere la firma original)