

Formulario Anual de Permiso

20____ to 20____

Este formulario debe completarse al comienzo de cada año de afiliación y se mantendrá con los registros de la tropa/grupo.

Nombre de la Niña: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tropa/Grupo #: _____

Proporcione la información de los padres/encargados por favor:

Nombre: _____ Firma: _____

Dirección (Calle): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono Casa: _____

Doy permiso para recibir textos de Girl Scouts

Contactos de Emergencia (*Proporcione dos personas aparte de los padres/encargados*):

Primer Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Segundo Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Restricciones para reuniones y eventos

Las siguientes personas NO tienen permiso para recoger a mi Girl Scout: _____

Datos de Salud ¿Su Girl Scout tiene alguna alergia a alimentos o medicinas? Por favor sea específico.

Utilice el reverso de este formulario para compartir cualquier información adicional sobre su Girl Scout para asegurarse de que tenga una experiencia segura y divertida con las Girl Scouts. (por ejemplo pueden incluir cualquier preocupación médica, de procesamiento o de comportamiento que nos ayudaría a asegurarnos de que tenga su mejor año con Girl Scouts)

Por favor ponga sus iniciales en cada uno de los próximos párrafos para darles al personal y voluntarios de Girl Scouts of Eastern Massachusetts (GSEMA) permiso en nombre de su Girl Scout mencionada anteriormente.

Si _____ No _____ Permiso para buscar ayuda médica de emergencia Al firmar este formulario, (por este medio) autorizo a GSEMA y a sus voluntarios a dar su consentimiento a cualquier atención médica y tratamiento para mi Girl Scout que sea recomendada por un proveedor de atención médica autorizado a quien el niño se presente para recibir tratamiento. Con el fin de garantizar que la niña reciba atención médica de emergencia y tratamiento cuando sea necesario, por la presente entrego a cualquier proveedor de atención médica con licencia que proporcione atención médica al niño en dependencia de este formulario de la responsabilidad relacionada con la aceptación de dicho proveedor (nuestro) el consentimiento del cuidador sustituto.

Si _____ No _____ Viajes del Barrio Yo (nosotros) otorgamos permiso para que mi Girl Scout asista a las actividades durante los horarios normales de reunión de las tropas que se llevan a cabo dentro de la ciudad / villa de la ubicación de la reunión de la tropa. No se aplica a actividades de alto riesgo o para recaudar fondos, que requieren un permiso adicional de GSEMA y tutores.

Si _____ No _____ Video/Fotos Yo (nosotros) otorgamos permiso para que las Girl Scouts of the USA y GSEMA puedan usar cintas de video, fotografías y / o grabaciones de audio que pueden incluir mi Girl Scout.

Si _____ No _____ Participación en Programas del Producto Yo (nosotros) otorgamos permiso para que mi Girl Scout participe en los Programas de productos de Girl Scouts. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos los productos y el dinero que ella reciba, y me aseguraré de que tenga la supervisión de un adulto en todo momento. Entiendo que los fondos recaudados por mi Girl Scout pertenecen a la tropa de Girl Scouts y a GSEMA. También entiendo que no debe hacerse ningún pedido antes de la fecha de apertura de la venta.