



GIRL SCOUTS OF GREATER ATLANTA, INC.
AUTORIZACIÓN PARA ACTIVIDADES

Número de tropa/grupo # \_\_\_\_\_ esta planeando un (a) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Transportación:

Hora \_\_\_\_\_ y lugar de partida \_\_\_\_\_

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

Medio de transportación \_\_\_\_\_

Adultos que acompañarán a la niñas (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Cada niña necesitará \$ \_\_\_\_\_ para gastos \_\_\_\_\_

Ropa y equipo necesarios \_\_\_\_\_

En caso de cambio de planes o emergencia la líder avisará a:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

quien avisará inmediatamente a los padres o tutores al teléfono de emergencia dado previamente en la membresía.

\_\_\_\_\_ (Firma de la líder) \_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

✂-----

(Favor de devolver esta porción de página a la líder de la tropa/grupo)

Mi hija \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. He leído su Historial de Salud y aseguro que la información dada es correcta y está al día. He incluido la medicina que mi hija necesitará tomar con su paquete original de compra y con las instrucciones de suministro. En caso necesario, doy permiso al adulto con entrenamiento en primero auxilios u otro adulto a cargo de las actividades a suministrar la medicina.

Durante la actividad se me puede encontrar en \_\_\_\_\_ (Domicilio)

Teléfono # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, si no pudieran ubicarme, la siguiente persona está autorizada para actuar en mi lugar:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Parentesco con la participante)

\_\_\_\_\_ (Domicilio) \_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre y/o la madre o tutor Fecha

Además de entregar esta forma, la forma del Historial de Salud, completa y firmada por el tutor, debe estar al día y archivada por la líder de la tropa o adulto a cargo.