

Forma de autorización anual

Del 1ero de octubre de 20_____ al 30 de septiembre de 20_____

LENE ESTA FORMA AL MOMENTO DE INSCRIPCIÓN. ESTA FORMA LA GUARDARÁ LA LÍDER DE LA TOPA/GRUPO.

Nombre:		ID de la miembro:		Tropa:	Región:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Otro teléfono:	Grado (otoño 20__)	Fecha de nacimiento:	Escuela:	

Autorización para viajes

Mi hija/dependiente tiene permiso de viajar, asistir y participar en las actividades regulares de la tropa (que son 1. Tres noches o menos y 2. No se consideran actividades de alto riesgo según lo descrito en *Seguridad Ante Todo.*)

Sí No
Iniciales _____

El permiso para Utilizar Fotografías

Yo, por el presente consentimiento que las cintas de vídeo, fotografías, las películas, imágenes y/o audio grabaciones electrónicos de mi hija/dependiente pueden ser utilizadas por Guías para Relaciones y Publicidad Públicas Propósitos. (Comprendo que su apellido y la residencia no serán utilizados para propósitos de publicidad.)

Sí No
Iniciales _____

Autorización para tratamiento médico de emergencia

En caso de emergencia, se hará todo lo posible por comunicarse con un padre/tutor o contacto de emergencia. De no localizarlos, por el presente autorizo a que las Girl Scouts del Concilio de San Geronio soliciten a un médico o dentista con licencia que dé tratamiento a mi hija y/o dependiente menor de conformidad con la Sección 6910 del Código Familiar de California y la Sección 25.8 del Código Civil de California. No tengo conocimientos de motivo alguno por el que mi hija/dependiente no pueda participar en actividades indicadas, excepto las mencionadas en la Forma de Historia Médica, 3306.

Sí No
Iniciales _____

Debido a la pandemia de COVID-19, los eventos, actividades y viajes en persona de la Unidad de Tropa y Servicio se limitan a aquellos que cumplen con las pautas locales del condado. Por favor revise el [COVID-19 Girl and Adult Participation Guidance at GSSGC COVID-19 Precautions and Updates](#)

Si no autoriza el tratamiento médico de emergencia, prepare una declaración firmada en la que indique el motivo, renuncia de responsabilidad e instrucciones alternas y anéxela a esta forma.

Necesidades especiales

Mi hija/dependiente requiere las siguientes necesidades especiales: _____

(si no necesita una, escriba "Ninguna")

Contacto en caso de emergencia

Nombre	Teléfono(s)	Parentesco con la niña
--------	-------------	------------------------

Nombre	Teléfono(s)	Parentesco con la niña
--------	-------------	------------------------

Acuerdo de los padres

He leído y entiendo esta forma de Autorización Anual de los Padres. Puedo cambiar o revocar cualquier aspecto de este acuerdo en cualquier momento, enviando mi solicitud por escrito a la líder de la tropa/grupo.

Nombre del padre/tutor	Firma del padre/tutor	Fecha
------------------------	-----------------------	-------

Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Correo electrónico
-----------	-----------------------------	--------------------

Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono
---------------------	----------------------	------------------	---------------