



Annual Permission Slip

October 1, 20 ____ to September 30, 20 ____

COMPLETE THIS FORM AT REGISTRATION TIME. THIS FORM WILL BE RETAINED BY THE TROOP/GROUP LEADER.

Name:		Member ID:		Troop:	Region:
Street Address:		City:		State:	Zip Code:
Home Telephone:	Other Telephone:	Grade (fall 20 ____)	Birth Date:	School:	

Permission for Trips

My daughter/dependent has permission to travel to, attend and participate in regular troop activities (that are 1) Three (3) nights or less, and 2) Not considered high risk activities as outlined in Safety Checkpoints. Yes No
Initialed _____

Permission to Use Photographs

I, hereby consent that the videotapes, photographs, motion pictures, electronic images and/or audio recordings of my daughter/dependent may be used by Girl Scouts for Public Relations and Publicity purposes. (I understand that her last name and residence will not be used for publicity purposes.) Yes No
Initialed _____

Permission for Emergency Medical Treatment

In the event of an emergency, every effort will be made to contact a parent/guardian or emergency contact. If no contact can be made, I hereby give authorization to Girl Scouts of San Geronio Council to seek treatment for my child and/or dependent minor by a licensed physician or dentist pursuant to California Family Code Section 6910 and California Civil Code Section 25.8. I know of no reason(s) why my daughter/dependent may not participate in prescribed activities except as noted on the Health History Form, 3306. Yes No
Initialed _____

If permission for emergency medical treatment is not given, please prepare a signed statement providing the reason, a release of liability, and alternate instructions and attach to this form.

Special Accommodations

My daughter/dependent requires the following special accommodations: _____
(write "None" if there are none)

Emergency Contact

Name	Telephone(s)	Relationship to child
Name	Telephone(s)	Relationship to child

Parent Agreement

I have read and understand this Annual Parent Permission form. I may change or revoke any aspect of this agreement at any time by submitting my request, in writing, to the troop/group leader.

Printed name of Parent/Guardian _____ Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Street Address _____ City/State/Zip _____ E-mail Address _____

Home Telephone _____ Work Telephone _____ Mobile Telephone _____ Other Telephone _____

Girl Scouts of San Geronio Council, 1751 Plum Lane, Redlands, CA 92374 • 800-400-GIRL • www.gssgc.org



Forma de autorización anual

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

LLENE 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 _____

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