



# 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 COVID-19, los eventos de la Unidad de Tropa y Servicio en persona, las actividades y los viajes se limitan a aquellos que cumplen con las pautas del condado. Revise la Guía y Exención de Participación para Niñas y Adultos COVID-19 ([hipervínculo](#)). Proporcione la exención firmada a su tropa o líder de actividad antes de participar en cualquier actividad en persona. Encuentre más información en [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 \_\_\_\_\_