

Informacion sobre la Girl Scout:

Nombre:	Tropa:	Nivel del Programa: DBJCS A Adult
Correo Electronico:	Telefono:	Fecha de nacimiento:
Direccion:	Ciudad/ Estado:	Codigo Postal:
Escuela:	Grado en Otoño	
Padre/Madre o Guardian:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____	
Correo Electronico:	Telefono principal:	
Padre/Madre o Guardian:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____	
Correo Electronico:	Telefono principal:	

Informacion de Contacto de Emergencia:

Persona 1:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo Electronico:	Telefono principal:
Persona 2:	<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo Electronico:	Telefono principal:

Necesidades Dietéticas/Restricciones/Acomodacion especiales: Por favor, haga la lista aquí. Use el reverso de la página si es necesario.

--

Permisos Especificos:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales: _____	Permiso para viajes: Mi hija tiene permiso para viajar, asistir y participar en actividades patrocinadas por el troop y el consejo que: 1) se encuentren a una hora en coche del lugar de reunión habitual; 2) no duren más de 6 horas; y 3) no se consideren actividades de alto riesgo según lo estipulado en los requisitos esenciales para voluntarios, que pueden consultarse aquí: https://volunteer.gswestok.org
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales: _____	Permiso para viajes: Por lo presente, autorizo a Girl Scouts a utilizar las grabaciones de video, fotografías, imágenes, imágenes electrónicas y/o grabaciones de audio de mi hija para fines de relaciones públicas y publicidad. Entiendo que su apellido y domicilio no se utilizarán con fines publicitarios.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales: _____	Autorización para tratamiento médico de emergencia: En caso de emergencia, se hará todo lo posible por contactar a un padre/tutor o contacto de emergencia. Si no se logra contactar, autorizo a Girl Scouts Western Oklahoma a que (nombre de la niña scout: _____) reciba tratamiento médico por parte de un médico con licencia, de conformidad con el Estatuto de Oklahoma 10A-1-3-101 (2022). No tengo conocimiento de ningún motivo por el cual no pueda participar en las actividades prescritas, salvo lo indicado en el Formulario de Historial Médico. Si no se autoriza el tratamiento médico de emergencia, sírvase preparar una declaración firmada que indique el motivo, una exención de responsabilidad e instrucciones alternativas, y adjuntarla a este formulario.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales: _____	Permiso para realizar un estudio: Mis iniciales certifican que entiendo que a mi hija, miembro de las Girl Scouts, se le podrá solicitar ocasionalmente que participe en evaluaciones/encuestas como parte de sus actividades. Entiendo que su participación es voluntaria y que no recibirá compensación alguna por participar, ni su estatus en los programas patrocinados por las Girl Scouts se verá afectado si decide no participar. Entiendo además que la confidencialidad de mi hija estará protegida durante todo el proyecto y que nunca será identificada en ninguna publicación, ya sea escrita u oral. Entiendo que puede dejar de participar en las evaluaciones/encuestas en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Acuerdo de los padres: He leído, comprendido y acepto este Formulario Anual de Permiso para Padres. Puedo actualizar la información que he proporcionado o revocar cualquier permiso específico en cualquier momento enviando mi solicitud por escrito al líder de la troop/grupo.

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha