

### Formulario de Autorización para los Padres

Estimados Padres de familia/tutor:

La tropa/el grupo # \_\_\_\_\_ está planeando una \_\_\_\_\_

Fecha(s) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Número de teléfono del lugar ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Arreglos para transportación:**

Hora y lugar de salida \_\_\_\_\_

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

El medio de transportación \_\_\_\_\_

**Las líderes que acompañan a las niñas:**

Nombre(s) \_\_\_\_\_

**Cada niña necesitará:**

Gastos \_\_\_\_\_

Equipo y ropa \_\_\_\_\_

En caso de circunstancias excepcionales (retrasos mayores, etc.), la líder se comunicará con:

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

quien les avisará a los padres.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Líder Número de teléfono

----- Regrese esta parte a la líder antes del \_\_\_\_\_ -----  
Únicamente las niñas con el permiso de autorización firmado podrán participar

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

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor complete la siguiente información para que la adulta encargada pueda comunicarse con la persona responsable en caso de enfermedad o accidente durante la actividad.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Nombre de la madre/tutor Teléfono(s)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Nombre del padre/tutor Teléfono(s)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Contacto de emergencia/parentesco Teléfono(s)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Nombre del doctor Teléfono

Mi hija está en buenas condiciones físicas y puede participar en todas las actividades [ ] sí [ ] no. Si marcó no, por favor anote cualquier limitación

En una situación de emergencia, un técnico médico de emergencia necesita saber la siguiente información sobre mi hija (por ejemplo, es alérgica a alguna medicina o le dan ataques de epilepsia, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_

Doy consentimiento a la persona adulta encargada para que lleve a mi hija a un lugar donde se le pueda dar atención médica, si es necesario. En caso de emergencia, si no puede comunicarse con ninguna de las personas de arriba, doy consentimiento para que mi hija reciba tratamiento bajo la supervisión y a cargo de un doctor titulado bajo el Acto de Practicar Medicina (Medicine Practice Act). Esto da autorización de acuerdo con la Sección 25.8 del Código Civil de California (California Civil Code).

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_