



Trip Permission

6601 Elvas Avenue Sacramento, CA 95819 • t 916.452.9181 • f 916.452.9182

girlscoutshcc.org

Troop #: _____ Leader's Name: _____ Phone: _____

Destination: _____
Place Address

Departure: _____
Date Time Place

Return: _____
Date Time Place

Items to Bring: _____

Wear: _____ Cost: _____

In case of delay, the leader will notify: _____
This person will notify you. Name Phone

Important: Parents retain this portion until outing is completed. Do not allow your daughter attend if she is not feeling well.

RETURN THIS SECTION TO LEADER by: _____

Girl's Name: _____

Address: _____

Phone: (____) _____ Birth date: _____

Troop #: _____ Leader's Name: _____

Parent's Name: _____

Phone where parent may be reached in case of emergency or delay: (____) _____

Other authorized adult: _____

Address: _____ Phone: _____

Physician's Name: _____ Phone: _____

Insurance Name and Policy #: _____

Special medical considerations regarding my daughter: _____

(Examples: allergies to medicine, food; diabetes, etc.)

I hereby authorize Girl Scouts Heart of Central California, through the adult person(s) caring for my daughter, to order emergency X-rays, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care as deemed advisable by a licensed physician. It is understood that every reasonable effort will be made to contact me or the person noted above before taking this action. I understand that this permission is given in advance of need for any diagnosis, treatment, or hospitalization.

Parent or Guardian Signature

Date

ALL GIRL SCOUTS REGISTERED IN THE USA ARE INSURED BY:

MUTUAL OF OMAHA INSURANCE CO., Girl Scout Division, Group Policy #SGS-2-8012 6-3632, Dodge at 33rd Street, Omaha, Nebraska 68175



Permiso para Salir de Excursión

6601 Elvas Avenue Sacramento, CA 95819 • t 916.452.9181 • f 916.452.9182

girlscoutshcc.org

Núm. de la Tropa: _____ Nombre de la Líder: _____ Teléfono: _____

Destino: _____
Lugar Dirección

Salida: _____
Fecha Hora Lugar

Regreso: _____
Fecha Hora Lugar

Su hija necesita traer: _____

Qué ponerse: _____ Costo: _____

En caso de retraso al regresar, la Guía notificará a: _____
Esta persona le notificará a usted. Nombre Teléfono

Importante: Padres deben guardar esta porcion hasta que se termine el evento. Por favor no traiga a su hija si ella no se siente bien de salud.

ENTREGUE ESTA PARTE A LA GUIA a más tardar el _____

Nombre de la niña: _____

Dirección completa: _____

Núm. de la Tropa: _____ Nombre de la Líder: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Teléfono donde el padre o la madre pueden ser notificados en caso de emergencia o retraso:

Nombre de otro adulto que pueda ser notificado: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____

Nombre del médico de la niña: _____

Teléfono: _____

Nombre del seguro o plan médico y numero de póliza: _____

Consideraciones médicas especiales con respecto a mi hija:

(Ejemplos: alergias a medicinas, alimentos, diabetes, etc.)

Por la presente autorizo a Girl Scouts Heart of Central California a ordenar radiografías, anestésicos, diagnóstico médico o de cirugía, o tratamiento y cuidado hospitalario de emergencia según consejo de un doctor con licencia médica. Entiendo que este permiso se otorga anticipando la necesidad de algún diagnóstico, tratamiento u hospitalización.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

TODAS LAS GIRL SCOUTS INSCRITAS EN LOS ESTADOS UNIDOS ESTAN ASEGURADAS CON:

MUTUAL OF OMAHA INSURANCE CO., División de las Girl Scouts, Número de la Póliza de Grupo: SGS-2-8012 6-3632, Dodge at 33rd Street, Omaha, Nebraska 68175