



# Permission Form

Dear Parent/guardian:

Troop/group # \_\_\_\_\_ is planning \_\_\_\_\_

Dates(s) \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_ Phone number(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Arrangements for transportation:**

Time and place of departure \_\_\_\_\_

Time and place of return \_\_\_\_\_

Method of transportation \_\_\_\_\_

**Leaders accompanying the girls:**

Name(s) \_\_\_\_\_

**Each girl will need:**

Expenses \_\_\_\_\_

Equipment and clothing \_\_\_\_\_

In case of unusual circumstances (major delays, etc.), the leader will call:

Name \_\_\_\_\_ Phone number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

who will then contact the parents.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Leader

Phone number



**Detach and return the bottom portion to leader by \_\_\_\_\_**

Only girls with a signed permission form may participate.

My daughter \_\_\_\_\_ has permission to

participate in \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The following information is provided so that the adult in charge may contact a responsible person in case of illness or accident during the activity.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Parent/guardian Phone(s)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Parent/guardian Phone(s)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Responsible person other than the above/relationship Phone(s)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Doctor Phone

My daughter is in good health and may engage in all activities [ ] yes [ ] no. If no, list any exceptions \_\_\_\_\_

In an emergency situation, an emergency medical technician may need to know the following information regarding my daughter's health (e.g., allergies, chronic illnesses, seizures, etc.) \_\_\_\_\_

Date of last tetanus shot \_\_\_\_\_

I give my permission for the adult in charge to take my child to a medical facility, if necessary. In case of emergency, if none of the above can be contacted, I consent to treatment for my daughter under the supervision of and as deemed advisable by a physician licensed under the Medicine Practice Act. This provides authority pursuant to Section 25.8 of the California Civil Code.

Parent or guardian's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# 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 \_\_\_\_\_