

## Permission Slip

PLEASE KEEP THIS HALF FOR YOUR INFORMATION

DEAR PARENTS:

We want you to know about an activity your daughter's troop is planning which will occur away from the regular meeting place and we need your permission.

Troop No. \_\_\_\_\_ is planning a \_\_\_\_\_  
located at \_\_\_\_\_ on (date) \_\_\_\_\_

Mode of transportation \_\_\_\_\_ . *Your signature gives permission  
for her to ride in the vehicle to be used for transportation.*

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

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

Adults accompanying the girls \_\_\_\_\_

Money each girl will need \_\_\_\_\_

Other equipment and clothing \_\_\_\_\_

TROOP CONTACT PERSON: (For emergency calls from you or from the troop)

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

Please keep the above for your information, sign and return the bottom portion of this form to the troop leaders no later than \_\_\_\_\_.

-----RETURN THIS HALF TO LEADER-----

My daughter \_\_\_\_\_ has my permission to participate with Troop # \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_. She is in good physical condition and has not had  
any serious illness or operation since her last Health Examination. I understand that the activity will  
be carried out in keeping with the Health and Safety Practices and Standards of Girl Scouts of the  
U.S.A. Should any accident or illness occur to her on the trip, I shall not hold the leader of the troop,  
her agents, or the Girl Scouts of the San Antonio Area responsible and I authorize the leader to  
obtain services of a medical doctor, if necessary.

The Girl Scouts of the San Antonio Area has my permission to use photos or videotapes in which my  
daughter appears for publicity purposes. Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

During the activity I may be reached at \_\_\_\_\_ Phone(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

If I cannot be reached, please call \_\_\_\_\_ Phone(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Parent's Signature \_\_\_\_\_

Note: In addition to this form, a medical history signed by the parent within the current year is  
required.

**Forma de permiso**  
**RETENGA ESTA MITAD CON LA INFORMACION**

QUERIDOS PADRES DE FAMILIA :

Queremos informarles de una actividad que la tropa de su hija está planeando, la cual se llevará a cabo en un lugar distinto al sitio usual de las juntas, y necesitamos su consentimiento.

La Tropa # \_\_\_\_\_ está planeando (actividad) \_\_\_\_\_

en (sitio) \_\_\_\_\_ el (fecha) \_\_\_\_\_

Forma de transporte \_\_\_\_\_. *Su firma otorga permiso para que si hijo sea transportada en el vehículo designado.*

Hora y lugar para la salida \_\_\_\_\_

Hora y lugar para el retorno \_\_\_\_\_

Líder que acompañará a las niñas \_\_\_\_\_

Cantidad de dinero que deberá llevar cada niña \_\_\_\_\_

Otro equipo y ropa adicional que debe llevar \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA DE LA TROPA (Para llamadas de usted o de la tropa)

nombre \_\_\_\_\_ teléfono( ) \_\_\_\_\_

Conserve la parte superior de ésta forma con la información. Firma la parte inferior y desprendala, regresándosela a la líder de la tropa a más tardar para el (fecha) \_\_\_\_\_

----- REGRESA LA MITAD INFERIOR A LA LIDER -----

Mi hija, \_\_\_\_\_, tiene nuestro permiso para participar con la Tropa # \_\_\_\_\_ en la actividad de \_\_\_\_\_. Se encuentra en buena condición física y no ha tenido ninguna enfermedad seria u operación desde su último Examen Físico. Tengo entendido que la actividad se llevará a cabo de acuerdo con las normas de Salud y Seguridad y las prácticas de las Girl Scouts (Girl Scouts of the U.S.A.). En caso de que le ocurra algún accidente o enfermedad durante ésta excursión, no consideraré como responsables de tal a la líder, sus agentes, o al Concilio de Girl Scouts del Area de San Antonio, y autorizo a la líder para que obtenga los servicios de un Médico, en caso necesario.

El Concilio de Girl Scouts del Area de San Antonio tiene nuestra autorización para usar fotografías o videos en que nuestra hija aparezca para fines publicitarios. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Durante la actividad me pueden encontrar en \_\_\_\_\_ teléfono( ) \_\_\_\_\_

Si no me pueden localizar, comunicarse con \_\_\_\_\_ teléfono( ) \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ teléfono( ) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre o guardian \_\_\_\_\_

Nota: Además de ésta forma, un historial médico firmado por los padres con la fecha del año en curso es necesaria.