

**Programa de Permiso General/Historial de
Salud de las Girl Scouts of Central Indiana
Año 20____ -20____**

(Nombre de la líder) _____, como líder de la tropa # _____ del Consejo de Girl Scouts de Central Indiana, tiene mi permiso para llevar a (nombre de la niña) _____ fuera de nuestro lugar de reunión para jugar juegos o caminatas cortas alrededor de la cuadra.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

La información del historial de salud es opcional

Indique información útil para el adulto a cargo de cualquier condición de salud que afecte a su Girl Scout.

Indique las actividades en las cuales su Girl Scout no pueda participar.

Nombre del médico _____ Teléfono del médico (_____) _____
Compañía de seguros médicos _____ Número de política o grupo _____

No conozco ninguna razón, aparte de la información indicada en este formulario, en la cual mi hija no pueda participar en las actividades prescritas. Soy consciente de que en casos de emergencias la información será divulgada.

Cuando la tropa haga planes que incluyan una actividad fuera del lugar de reunión, como una caminata más larga, un picnic o un viaje de campamento nocturno, se me notifi cará por medio de otro formulario conocido como el formulario de permiso especial. Este formulario dará información detallada sobre la actividad.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Este formulario debe completarse y conservarse con la tropa cada año de membresía.