

Nombre del Evento: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre de la Niña: _____ Edad: _____ FDNac: _____

Nombre de la Madre/Pariente: _____

Nombre de la Padre/Pariente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Número Telefónico: _____ Teléfono Móvil: _____

Nueva afiliación a Girl Scouts? Sí No Número de Grupo o Tropa: _____

Nombre de la Escuela: _____ Curso Escolar: _____

Correo-e de la Pariente: _____ Correo-e de la Niña: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Lista de las condiciones físicas o de comportamiento que pueden ser útiles a los adultos a su cargo o que puedan limitar la participación de su hijo en las actividades de Girl Scouts mientras asistía a este evento: _____

Alergias / Restricciones alimentarias (medicamentos, alimentos u otros): _____

Yo doy permiso para que mi hija participe en las actividades de Girl Scouts. Yo certifico que mi hija está en buen estado de salud y es capaz de participar en el evento aquí nombrado. Mi hija puede ser fotografiada para publicaciones del concilio y medios de comunicación digitales.

Firma: _____ Firma: _____

Por la presente doy mi consentimiento para que Girl Scouts of the Desert Southwest y sus voluntarios provean tratamiento a mi hija y busquen asistencia médica si surge la necesidad. Yo no hare a los miembros o al personal médico responsable por cualquiera de los primeros auxilios o servicios médicos prestados. Tengo entendido que como miembro registrada de Girl Scouts de los EE.UU. mi hija está cubierta bajo un seguro secundario.

Firma: _____ Firma: _____

# de Participantes:	Costo del Evento:	Costo de Membresía Nueva*:	Total:
	(por participante)	(Girl Scouts nueva)	
Girl Scouts	\$ _____	N/A _____	_____
Girl Scouts Nuevas*	\$ _____	\$12 _____	_____
Girl Scouts Adultas	\$ _____	N/A _____	_____
			Total \$ _____

* Debe llenar un registro de membresía. Esta forma está disponible en www.gsdsww.org.

Méto do de Pago

Cheque Efectivo Número de Tarjeta de Crédito _____

Desert Dollars Tipo: Visa MasterCard Amex Discover

Council Use Only		Nombre: _____	
Program Fee: _____	Amount Paid: _____	Fecha de Vencimiento: _____	Codigo de Seguridad: _____
Membership Fee: _____	Check #: _____	Signature of Cardholder: _____	