

GIRL SCOUTS OF MONTEREY BAY

SOLICITUD PARA IR DE PASEO O ACAMPAR CON LA TROPA

El líder tiene que llenar dos copias y entregarlas a la presidenta de la Unidad de Servicio para su aprobación dos semanas antes de que se lleve a cabo la actividad. Después de esta ser aprobada la presidenta retiene una copia y devuelve la otra al líder. Si usted no tiene una presidenta en su Unidad de Servicio, favor de enviarla a su Directora de Membresía al Centro de Servicio de Girl Scouts en Castroville.

Nombre del Líder: _____ # de Teléfono en el día: _____ de teléfono en la noche: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zona postal: - _____

Número de la Unidad de Servicio _____ # de la Tropa _____ Nivel: _____

Fecha de la: Actividad _____

Favor de marcar la que aplique

- Paseo el mismo día de la reunión
- Paseo de un solo día
- Paseo de más de un día

Lugar: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona postal _____

Número de teléfono:() _____ Hospital /Centro Médico más cercano: _____ Teléfono:() _____

Número de niñas participantes: _____ Número de adultos participantes: _____

Persona con las que se puede comunicar la tropa o los padres en caso de ocurrir una emergencia:

Nombre: _____ # de teléfono en el día: _____ # de teléfono en la noche: _____

Transportación: Numero de vehículos _____

- Vehículos privados:
- Autobús
- Otro _____

Lugar de Salida: _____

Hora: _____

Lugar de Regreso: _____

Hora: _____

Nombre del adulto encargado si nos es el líder:

Dirección: _____ # de teléfono en el día: _____ #de teléfono en la noche: _____

Actividades

Planificadas:

Revise el libro "Seguridad ante Todo" para asegurarse si necesita lo siguiente para el viaje. Complete los espacios apropiados.

• **Persona certificada en Primeros Auxilios:**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Fecha en que completo el entrenamiento de primeros auxilios: _____ CPR(resucitación cardiovascular) _____

• **Salvavidas:** (si se van a nadar)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Clase de certificado: _____ Fecha en que completo el entrenamiento: _____

• **Nombre del Adulto certificado en Campamento de tropa** _____ # de teléfono _____

Fecha en que tomo el entrenamiento _____ - _____

Favor de llenar la siguiente información de las niñas que participaran en el paseo.

Nombre	Teléfono	Edad	Dirección, Ciudad, Zona Postal
--------	----------	------	--------------------------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

Favor de llenar la siguiente información de todos los adultos que participaran en el paseo.

Nombre	Teléfono	Dirección, Ciudad, Zona Postal
--------	----------	--------------------------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____
