

SERVICE UNIT: _____ TROOP #: _____

PAPEL: Líder de tropa Asistente de tropa Asistente de tropa - venta de productos de Otoño
 Asistente de tropa - gerente de venta de galletas

Nombre del adulto: _____ Apellido del adulto: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Tel. móvil: _____ Recibe Texto: Sí No Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Para información sobre participación y subvenciones:

antecedentes raciales: indio americano o nativo de Alaska asiático negro o afroamericano
 Hawaiano o de las islas del Pacífico blanco otro

Origen étnico: hispano o latina no hispano o latina elijo no compartir

Información de pago: El año de membresía de Girl Scouts se extiende desde el 1 de Octubre hasta el 30 de Septiembre de cada año. La membresía de Girl Scouts no es reembolsable ni transferible

\$25 12-meses de membresía (disponible todo el año) \$35 18-meses de membresía (disponible de Abril a Julio)

\$200 Joven graduada, membresía de por vida (ex-niña Girl Scout de 18 a 29 años)

\$400 Membresía de por vida (qualquier adulto puede adquirirla)

Efectivo Cheque adjunto (pagadero a Girl Scouts of Western Ohio) Tarjeta de credito

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de expiración: _____

Nombre en la tarjeta (use letra de molde): _____

CVV (3-digit): _____ Firma: _____ Código postal: _____

Asistencia Financiera -

La asistencia financiera puede estar disponible para las niñas que desean asistir pero no pueden hacerlo debido a los ingresos familiares limitados. Le pedimos que pague una parte del costo si puede.

La familia puede pagar: \$ _____ Asistencia financiera solicitada: \$ _____

Permiso e Historial de Salud

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier afección médica que requiera tratamiento, medicamentos, alergias o necesidades especiales:

Confirmando que este historial de salud es correcto a lo mejor de mi conocimiento.

Reconozco que COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente en la comunidad. Acepto adherirme a las pautas y mandatos estatales y locales y las de Girl Scouts of Western Ohio. Tomaré todas las precauciones razonables para limitar la exposición potencial de las niñas, los voluntarios y las familias, de acuerdo con las guías estatales, locales y las de Girl Scouts of Western Ohio. Mantendré a Girl Scouts of Western Ohio indemne y renunciaré a todo derecho a emprender acciones legales.

Por favor confirme su acuerdo.

Autorización para su tratamiento: en caso de emergencia, por la presente otorgo permiso al médico seleccionado por el personal del evento para dar el tratamiento, incluida la hospitalización, si es necesario.

Foto/Video: A menos que se indique lo contrario a continuación, por la presente otorgo permiso a las Girl Scouts y / o sus afiliadas para usar mis fotos o grabaciones de video de mi participación como miembro.

No doy permiso para que Girl Scouts tome o use mis grabaciones de fotos o videos.

Firma _____ Fecha: _____

