



# TROOP 175 POOP SHEET

BSA Troop 175 | Decatur, Georgia | www.troop175.com



## Caving Trip: December 11-12, 2021

<b>WHAT:</b>	<b>Caving and overnight camping</b> The cave is mostly walking, some crawling, you will get muddy and a little wet.
<b>WHERE:</b>	<b>Anderson Springs Cave</b> 8147 Hog Jowl Road Chickamauga GA gps: 34.661429150134985, -85.41975406054098
<b>LEAVE:</b>	<b>7:00 a.m. Saturday, December 11</b> from the Scout Hut parking lot - <b>ARRIVE at 6:30 to help load!</b>
<b>RETURN:</b>	<b>Sunday, December 12 about 1:30 p.m.</b> to the Scout Hut parking lot.
<b>FOOD:</b>	<b>BRING bag lunch</b> for Saturday. PLAN dinner on Saturday plus breakfast on Sunday, to be cooked by patrols. <b>Bring food you were assigned</b> by your Patrol. Bring money for lunch on the way home.
<b>NOTES:</b>	Limited to 4 adults and 24 scouts to cave – 1 <sup>st</sup> come 1 <sup>st</sup> serve – <b>MANDATORY caving instruction at meetings on 11/30 and 12/7</b> (even if you don't want to cave, or are waitlisted for the cave, you can still camp.)

**EMERGENCY CONTACT: Paula Hanson 404-717-3707 | WE TRAVEL IN CLASS A UNIFORM**

INDIVIDUAL	WEAR	PACK	INDIVIDUAL	BRING	PATROL	BRING
Class A Uniform	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sleeping bag & pad	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarp	<input checked="" type="checkbox"/>
Jacket & hat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tent, pegs, poles	<input checked="" type="checkbox"/>	Cook kit	<input checked="" type="checkbox"/>
(Caving) hiking boots or shoes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ground cloth	<input checked="" type="checkbox"/>	Stove & fuel	<input checked="" type="checkbox"/>
Rainwear	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Compass & matches	<input checked="" type="checkbox"/>	Dish-wash kit	<input checked="" type="checkbox"/>
(Caving) warm shirt & long pants	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Backpack / daypack	<input checked="" type="checkbox"/>	Trash bags (for muddy clothes)	<input checked="" type="checkbox"/>
Class B t-shirt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Toilet kit (with TP!)	<input checked="" type="checkbox"/>	First-aid kit	<input checked="" type="checkbox"/>
Extra clothing	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Flashlight	<input checked="" type="checkbox"/>		
Extra shoes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Folding pocket knife	<input checked="" type="checkbox"/>	Other: Work Gloves	<input checked="" type="checkbox"/>
Swim suit & towel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eating utensils	<input checked="" type="checkbox"/>	Other: (2) lights	<input checked="" type="checkbox"/>
Bug repellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Canteen/water bottle	<input checked="" type="checkbox"/>	Other: Knee pads	<input checked="" type="checkbox"/>
Sunscreen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moleskin	<input checked="" type="checkbox"/>	Other: day pack for cave	<input checked="" type="checkbox"/>

**Allergies?** Please list (esp. food or insects): \_\_\_\_\_

**Parents please circle if you can:**  I can **DRIVE & CAMP** for this trip  I am game to **CAVE TOO**

**Cost: \$6.00** (if caving) Please circle: **Cash**  **Check** (payable to Troop 175)  **Use my Scout Funds**

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

I'd prefer NOT to Cave but still want to Camp

I want to cave, but if I am waitlisted to cave, I still want to camp

**\*DEADLINE:** Scout must turn in signed permission form & payment by: **Tuesday, Nov 30\***

# ACTIVITY CONSENT FORM AND APPROVAL BY PARENTS OR LEGAL GUARDIAN

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y APROBACIÓN DE ACTIVIDAD POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES

The recommended use of this form is for the consent and approval for Cub Scouts, Boy Scouts, Varsity Scouts, Venturers, and guests to participate in a trip, expedition, or activity. It is required for use with flying plans.

El uso recomendado de este formulario es para obtener el consentimiento y aprobación para Cub Scouts, Boy Scouts, Varsity Scouts, Venturers, e invitados para participar en un viaje, expedición o actividad. Es obligatorio para su uso con planes de vuelo.

First name of participant Nombre del participante	Middle initial Inicial del segundo nombre	Last name Apellido
Birth date (month/day/year) Fecha de nacimiento (mes/día/año)	/	Age during activity Edad al momento de realizar la actividad

Address Domicilio		
City Ciudad	State Estado	Zip Código postal

Has approval to participate in (name of activity, orientation flight, outing trip, etc.) Tiene la aprobación para participar en (nombre de la actividad, vuelo de orientación, excursión, etc.)	From De	(Date) (fecha)	to a	(Date) (fecha)
--	------------	-------------------	---------	-------------------

### INFORMED CONSENT, RELEASE AGREEMENT, AND AUTHORIZATION

I understand that participation in Scouting activities involves the risk of personal injury, including death, due to the physical, mental, and emotional challenges in the activities offered. Information about those activities may be obtained from the venue, activity coordinators, or local council. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to follow instructions and abide by all applicable rules and the standards of conduct.

In case of an emergency involving my child, I understand that efforts will be made to contact me. In the event I cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge and/or any physician or health care provider involved in providing medical care to the participant. Protected Health Information/Confidential Health Information (PHI/CHI) under the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. seq., as amended from time to time, includes examination findings, test results, and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian, and/or determination of the participant's ability to continue in the program activities.

**With appreciation of the dangers and risks associated with programs and activities including preparations for and transportation to and from the activity, on my own behalf and/or on behalf of my child, I hereby fully and completely release and waive any and all claims for personal injury, death, or loss that may arise against the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with any program or activity.**

**NOTE: The Boy Scouts of America and local councils cannot continually monitor compliance of program participants or any limitations imposed upon them by parents or medical providers. List any restrictions imposed on a child participant in connection with programs or activities below and counsel your child to comply with those restrictions.**

List participant restrictions, if any: \_\_\_\_\_  
 None

### CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONVENIO DE EXONERACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica el riesgo de lesiones personales, incluyendo la muerte, debido a los retos físicos, mentales y emocionales en las actividades que se ofrecen. Se puede obtener información sobre dichas actividades en la sede, con los coordinadores de la actividad o el concilio local. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y acaten todas las reglas y normas de conducta pertinentes.

En caso de que mi hijo se vea involucrado en una emergencia, entiendo que se realizarán esfuerzos para contactarme. En caso de que yo no pueda ser localizado, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos para garantizar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mi hijo. Los proveedores de servicios médicos están autorizados a revelar información médica protegida al adulto a cargo, médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la prestación de atención médica para el participante. La información de salud protegida/Información médica confidencial (PHI/CHI, por sus siglas en inglés) bajo los Estándares de privacidad de información médica individualmente identificable, 45 C.F.R. §§ 160.103, 164.501, etc., y siguientes, como se enmiendan de vez en cuando, incluyen resultados de reconocimientos médicos, resultados de pruebas y el tratamiento proporcionado para fines de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutor legal del participante, o determinación de la capacidad del participante para continuar en las actividades del programa.

**Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades incluyendo preparativos y transportación hacia y desde la actividad, en mi propio nombre o en nombre de mi hijo, por este conducto eximo total y completamente, y renuncio a cualquiera y toda reclamación por lesiones personales, muerte o pérdidas que puedan surgir, a la organización Boy Scouts of America, el concilio local, los coordinadores de la actividad y todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados, u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad.**

**NOTA: La organización Boy Scouts of America y los concilios locales no pueden vigilar continuamente el cumplimiento de los participantes del programa o cualquier limitación impuesta sobre ellos por los padres o proveedores de servicios médicos. Enumerar más abajo las restricciones impuestas a un niño participante en relación con los programas o actividades.**

Restricciones del participante, si existen: \_\_\_\_\_  
 Ninguna

Participant's signature Firma del participante	Date Fecha
---	---------------

Parent/guardian printed name Nombre con letra de molde del padre de familia/tutor	Parent/guardian signature Firma del padre de familia/tutor	Date Fecha
--	---	---------------

Area code and telephone number (best contact and emergency contact) Código de área y número telefónico (primer contacto y contacto de emergencia)	Email (for use in sharing more details about the trip or activity) Correo electrónico (para informar más detalles sobre el viaje o actividad)
--	--

Contact the adult leader with any questions:  
Póngase en contacto con el líder adulto si es que tiene preguntas:

Name Nombre	Phone Teléfono	Email Correo electrónico
----------------	-------------------	-----------------------------



BOY SCOUTS OF AMERICA®