



Liên Đoàn Chi Lăng

9168 McBride River, Fountain Valley, CA 902708

Bản Thỏa Thuận Của Phụ Huynh Parent/Guardian Agreement

Sự cộng tác tích cực của phụ huynh/giám hộ là điều cần thiết cho sự phát triển toàn diện của các đoàn sinh qua nguyên lý & phương pháp hướng đạo.

Tôi/chúng tôi, _____, phụ huynh/giám hộ của (các) đoàn sinh:

Tôi đồng ý các điều mục dưới đây khi cho phép (các) đoàn sinh kể trên được gia nhập Liên Đoàn Hướng Đạo Chi Lăng 279/1279.

1. Đọc và cố gắng giúp con em hiểu và tuân theo bản Nội Quy (LĐCL By Law) của LĐHĐ Chi Lăng.
2. Cập nhật hóa & ghi danh hàng năm với BSA & GSUSA.
3. Đóng tiền niên liễm hàng năm với Hội Hướng Đạo Hoa Kỳ hoặc Nữ Hướng Đạo (scout registration fee) và Hội Phụ Huynh Liên Đoàn Chi Lăng (parent membership fee) trước ngày mùng 1 tháng 6.
4. Hàng năm phải nộp BSA Health and Medical Record (Form A&B) and/or GSUSA Health History.
5. Khuyến khích con em tham dự các chương trình thám du, cắm trại, trại huấn luyện, hay các sinh hoạt hướng đạo do các ngành đưa ra, tự bản thân nỗ lực học hỏi các khoá Thăng Tiến (Advancement).
6. Khuyến khích con em tham dự các chương trình gây quỹ hàng năm của Hội BSA và Hội GSUSA.
7. Giúp đỡ Liên Đoàn về các chương trình gây quỹ, thí dụ như mua phiếu thực phẩm với mục đích giúp các đoàn sinh có phương tiện thăng tiến kỹ năng hướng đạo.
8. Khuyến khích con em tham dự đầy đủ tất cả các sinh hoạt của ngành hay Liên Đoàn. Đừng để con em mình vắng mặt 3 lần liên tục mà không có lý do chính đáng, hay vắng mặt hơn một lần trại mà không có lý do.
9. Đưa đón con em mình đúng giờ, theo lịch trình sinh hoạt định kỳ trong năm.
10. Cố gắng tham dự trại với con em và tình nguyện đóng góp những công việc trại. Phụ huynh nào chưa có cơ hội sẽ nhận và hoàn tất vài phận sự được phân công bởi trưởng nhóm phụ huynh (parent group leader), hoặc Ban Đại Diện Phụ Huynh hoặc Liên Đoàn.
11. Khi cần/muốn đóng góp ý kiến, hoặc chia sẻ mối quan tâm, khó khăn riêng biệt của con em, tôi/chúng tôi sẽ không ngần ngại liên lạc ngay với Trưởng Ủy Viên của ngành liên hệ hay Liên Đoàn Trưởng, hoặc Ban Đại Diện Phụ Huynh.
12. Tôi/chúng tôi sẽ liên lạc với BĐDPH và Trưởng Ủy Viên các ngành để thông báo mỗi khi tôi/chúng tôi thay đổi địa chỉ, số điện thoại, email, hoặc cách liên lạc.
13. Một khi con em rời khỏi Liên Đoàn, tôi sẽ khuyến khích con em mình thông báo ngay đến Trưởng Ủy Viên các ngành liên hệ và tôi/chúng tôi cũng sẽ cho BĐDPH hay.

Tôi (chúng tôi) đã đọc và hiểu rõ những điều trên, đồng ý sẽ cố gắng hết sức thực thi và chấp nhận các biện pháp kỷ luật sau đây:

Vi phạm lần thứ nhất: nhắc nhở bởi Trưởng Ngành.

Vi phạm lần thứ hai: cảnh cáo bởi Ban Đại Diện Phụ Huynh

Vi phạm lần thứ ba: tạm ngưng sinh hoạt trong 3 tháng,

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ

Date

Rev. 2, Sept. 2013



Liên Đoàn Chi Lăng

9168 McBride River, Fountain Valley, CA 902708

Bản Thỏa Thuận Của Phụ Huynh Parent/Guardian Agreement

Sự cộng tác tích cực của phụ huynh/giám hộ là điều cần thiết cho sự phát triển toàn diện của các đoàn sinh qua nguyên lý & phương pháp hướng đạo.

Tôi/chúng tôi, _____, phụ huynh/giám hộ của (các) đoàn sinh:

Tôi đồng ý các điều mục dưới đây khi cho phép (các) đoàn sinh kể trên được gia nhập Liên Đoàn Hướng Đạo Chi Lăng 279/1279.

1. Đọc và cố gắng giúp con em hiểu và tuân theo bản Nội Quy (LĐCL By Law) của LĐHĐ Chi Lăng.
2. Cập nhật hóa & ghi danh hàng năm với BSUSA & GSUSA.
3. Đóng tiền niên liễm hàng năm với Hội Hướng Đạo Hoa Kỳ hoặc Nữ Hướng Đạo (Scout registration fee) và Hội Phụ Huynh Liên Đoàn Chi Lăng (parent membership fee) trước ngày mùng 1 tháng 6.
4. Hàng năm phải nộp BSUSA Health and Medical Record (Form A&B) and/or GSUSA Health History.
5. Khuyến khích con em tham dự các chương trình thám du, cắm trại, trại huấn luyện, hay các sinh hoạt hướng đạo do các ngành đưa ra, tự bản thân nỗ lực học hỏi các khoá Thăng Tiến (Advancement).
6. Khuyến khích con em tham dự các chương trình gây quỹ hàng năm của Hội BSUSA và Hội GSUSA.
7. Giúp đỡ Liên Đoàn về các chương trình gây quỹ, thí dụ như mua phiếu thực phẩm với mục đích giúp các đoàn sinh có phương tiện thăng tiến kỹ năng hướng đạo.
8. Khuyến khích con em tham dự đầy đủ tất cả các sinh hoạt của ngành hay Liên Đoàn. Đừng để con em mình vắng mặt 3 lần liên tục mà không có lý do chính đáng, hay vắng mặt hơn một lần trại mà không có lý do.
9. Đưa đón con em mình đúng giờ, theo lịch trình sinh hoạt định kỳ trong năm.
10. Cố gắng tham dự trại với con em và tình nguyện đóng góp những công việc trại. Phụ huynh nào chưa có cơ hội sẽ nhận và hoàn tất vài phận sự được phân công bởi trưởng nhóm phụ huynh (parent group leader), hoặc Ban Đại Diện Phụ Huynh hoặc Liên Đoàn.
11. Khi cần/muốn đóng góp ý kiến, hoặc chia sẻ mối quan tâm, khó khăn riêng biệt của con em, tôi/chúng tôi sẽ không ngần ngại liên lạc ngay với Trưởng Ủy Viên của ngành liên hệ hay Liên Đoàn Trưởng, hoặc Ban Đại Diện Phụ Huynh.
12. Tôi/chúng tôi sẽ liên lạc với BĐDPH và Trưởng Ủy Viên các ngành để thông báo mỗi khi tôi/chúng tôi thay đổi địa chỉ, số điện thoại, email, hoặc cách liên lạc.
13. Một khi con em rời khỏi Liên Đoàn, tôi sẽ khuyến khích con em mình thông báo ngay đến Trưởng Ủy Viên các ngành liên hệ và tôi/chúng tôi cũng sẽ cho BĐDPH hay.

Tôi (chúng tôi) đã đọc và hiểu rõ những điều trên, đồng ý sẽ cố gắng hết sức thực thi và chấp nhận các biện pháp kỷ luật sau đây:

Vi phạm lần thứ nhất: nhắc nhở bởi Trưởng Ngành.

Vi phạm lần thứ hai: cảnh cáo bởi Ban Đại Diện Phụ Huynh

Vi phạm lần thứ ba: tạm ngưng sinh hoạt trong 3 tháng,

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ

Date

Rev. 1, Sept. 2013



Liên Đoàn Chi Lăng

9168 McBride River, Fountain Valley, CA 902708

Participation Permission/Waiver

I understand that my participation and my child's participation in scouting events are voluntary and many scouting activities and events, including but not limited to camping, parading, hiking, rodeo biking, meetings, field trips, or other related scouting activities, etc., may involve risks to health or safety. I have carefully considered the risks and have given my children, as well as any others in my care or custody, permission to participate in those activities. I agree to hold blameless members of Liên Đoàn Chi Lăng Troop 279/1279, its scout leaders or officers, Parent Committee members (Ban Đại Diện Phụ Huynh) of LDCL and members of Liên Đoàn Chi Lăng Troop 279/1279, the Boy Scouts of America, Girl Scouts of America, landowners and operators of any facilities used during such activities from any injury or damages that may occur during or in transportation to and from scouting activities. I acknowledge that I am ultimately responsible for the well-being of my children and my guests during such activities. If my child or guest does not comply with any rule or instruction given properly or pose a threat to the safety or wellbeing of others, I (parent/guardian) will cooperate with LDCL to move my child or guest from such activity. Should I ever wish to cancel this waiver, I will notify to Troop 279/1279 LDCL Scout Master and BÐDPH in writing of my intention to do so.

Parent's /Guardian's Name _____ DATE: _____

Parent's/Guardian's Signature _____ DATE: _____

Scout Name(s):

I will allow photographs of my child to be used for newsletters, recruitment, social media networks, group's communication or promotion which may include photographs of my child, myself, and or my family. I have the right to ask any images to be removed from any publication if such removal can be reasonably accomplished without much cost.

Parent's Signature _____ DATE: _____

Received by LDCL Registration Representative _____ DATE: _____

Annual BSA Health and Medical Record Part A

GENERAL INFORMATION

High-adventure base participants:

Expedition/crew No.: _____
or staff position: _____

Name _____ Date of birth _____ Age _____ Male Female
 Address _____ Grade completed (youth only) _____
 City _____ State _____ Zip _____ Phone No. _____
 Unit leader _____ Council name/No. _____ Unit No. _____
 Social Security No. (optional; may be required by medical facilities for treatment) _____ Religious preference _____
 Health/accident insurance company _____ Policy No. _____

ATTACH A PHOTOCOPY OF BOTH SIDES OF INSURANCE CARD. IF FAMILY HAS NO MEDICAL INSURANCE, STATE "NONE."

In case of emergency, notify:

Name _____ Relationship _____
 Address _____
 Home phone _____ Business phone _____ Cell phone _____
 Alternate contact _____ Alternate's phone _____

HEALTH HISTORY

Are you now, or have you ever been treated for any of the following:

Yes	No	Condition	Explain
		Asthma Last attack: _____	
		Diabetes Last HbA1c: _____	
		Hypertension (high blood pressure)	
		Heart disease (e.g., CHF, CAD, MI)	
		Stroke/TIA	
		Lung/respiratory disease	
		Ear/sinus problems	
		Muscular/skeletal condition	
		Menstrual problems (women only)	
		Psychiatric/psychological and emotional difficulties	
		Behavioral disorders (e.g., ADD, ADHD, Asperger syndrome, autism)	
		Bleeding disorders	
		Fainting spells	
		Thyroid disease	
		Kidney disease	
		Sickle cell disease	
		Seizures Last seizure: _____	
		Sleep disorders (e.g., sleep apnea) Use CPAP: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Abdominal/digestive problems	
		Surgery	
		Serious injury	
		Other	

Allergies or Reaction to:

Medication _____
 Food, Plants, or Insect Bites _____

Immunizations:

The following are recommended by the BSA. **Tetanus immunization is required and must have been received within the last 10 years.** If had disease, put "D" and the year. If immunized, check the box and the year received.

Yes	No	Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetanus _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertussis _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtheria _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chicken pox _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Influenza _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (i.e., HIB) _____

Exemption to immunizations claimed (form required).

(For more information about immunizations, as well as the immunization exemption form, see Scouting Safely on Scouting.org.)

MEDICATIONS

List all medications currently used. (If additional space is needed, please photocopy this part of the health form.) Inhalers and EpiPen information must be included, even if they are for occasional or emergency use only.

Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____	Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____	Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____
Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____	Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____	Medication _____ Strength _____ Frequency _____ Approximate date started _____ Reason for medication _____

Administration of the above medications is approved by (if required by your state): _____ / _____
Parent/guardian signature and/or MD/DO, NP, or PA signature

Be sure to bring medications in sufficient quantities and the original containers. Make sure that they are NOT expired, including inhalers and EpiPens. You SHOULD NOT STOP taking any maintenance medication.

Emergency contact No.:

Allergies:

DOB:

Full name:

Part B

INFORMED CONSENT AND HOLD HARMLESS/RELEASE AGREEMENT

High-adventure base participants:

Expedition/crew No.: _____
or staff position: _____

I understand that participation in Scouting activities involves a certain degree of risk and can be physically, mentally, and emotionally demanding. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to abide by applicable rules and standards of conduct.

In case of an emergency involving me or my child, I understand that every effort will be made to contact the individual listed as the emergency contact person. In the event that this person cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for me or my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge, camp medical staff, camp management, 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.

I have carefully considered the risk involved and give consent for myself and/or my child to participate in these activities. I approve the sharing of the information on this form with BSA volunteers and professionals who need to know of medical situations that might require special consideration for the safe conducting of Scouting activities.

I release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all claims or liability arising out of this participation.

Without restrictions.

With special considerations or restrictions (list) _____

TALENT RELEASE AGREEMENT

I hereby assign and grant to the local council and the Boy Scouts of America the right and permission to use and publish the photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings made of me or my child at all Scouting activities, and I hereby release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all liability from such use and publication.

I hereby authorize the reproduction, sale, copyright, exhibit, broadcast, electronic storage, and/or distribution of said photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings without limitation at the discretion of the Boy Scouts of America, and I specifically waive any right to any compensation I may have for any of the foregoing.

Yes No

ADULTS AUTHORIZED TO TAKE YOUTH TO AND FROM EVENTS:

You must designate at least one adult. Please include a telephone number.

1. Name _____ Telephone _____

2. Name _____ Telephone _____

3. Name _____ Telephone _____

Adults NOT authorized to take youth to and from events:

1. Name _____

2. Name _____

3. Name _____

I understand that, if any information I/we have provided is found to be inaccurate, it may limit and/or eliminate the opportunity for participation in any event or activity.

If I am participating at Philmont, Philmont Training Center, Northern Tier, or Florida Sea Base: I have also read and understand the risk advisories explained in Part D, including height and weight requirements and restrictions, and understand that the participant will not be allowed to participate in applicable high-adventure programs if those requirements are not met. The participant has permission to engage in all high-adventure activities described, except as specifically noted by me or the health-care provider.

Participant's name _____

Participant's signature _____ Date _____

Parent/guardian's signature _____ Date _____

(if participant is under the age of 18)

This Annual Health and Medical Record is valid for 12 calendar months.

Part B Full name: _____ **DOB:** _____

Troop # _____

Health History

Girls Name _____ Last _____ Age _____ First _____ Middle Initial _____

Birth Date _____ Age _____

Custodial Parent/Guardian Name _____

Home Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Business Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

If above contacts are not available in an emergency, notify:

Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Name of family physician or Christian Science Practitioner _____ Phone _____
 Area Code/Number

Do you carry family medical/hospital insurance? Yes No

Carrier Name _____ Policy or Group # _____

Carrier Address _____ Phone _____
 Number & Street City State Zip Area Code/Number

Health History Information. If you check any of the boxes below, please explain below.

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
<u>Allergies:</u>			11. German Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Have diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Have problem w/sleepwalking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poison Oak, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>General Information:</u>			20. Have an eating disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Insect Sting (i.e. bee, mosquito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Had any recent injury, illness			21. Have epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	or infectious disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Special Needs:</u>		
5. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Have a chronic or recurring			22. Developmental Disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Animals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	illness/condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Hearing Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Have frequent headaches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Visual Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Wear corrective eye wear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Learning Disability?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Diseases:</u>			17. Have a personal assistance			26. Physical Impairment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	device (e.g. wheelchair, brace,					
10. Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prosthetic device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Please explain any "Yes", noting the number of the question:

List any restrictions in activities: _____

This health history is complete and accurate. My daughter has permission to engage in all activities, except as noted by me.

 Signature of Parent/Guardian Date

I (we) the undersigned parent, parents or legal guardian of _____, a minor, do hereby authorize consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provision of the Medicine Practice on the staff of any acute general hospital holding a current license to operate a hospital from the State of California Department of Public Health. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power to render or which the aforementioned physician in the exercise of his/her judgment may deem advisable.

It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient but that any of the above treatments will not be withheld if the undersigned cannot be reached. I will not hold liable the Girl Scout Council of Orange County, its officers or leaders for medical aid rendered at a hospital or first aid rendered at the event and will reimburse the Girl Scout Council of Orange County for medical or other expenses incurred in the care of my daughter.

This authorization is given pursuant to Section-6910 of the Civil Code of California.

I will permit photographs of my daughter taken at this event to be used for publicity by authorization of the designated members of the Council.

Medication must be accompanied by written instructions from the parent or physician and in their original containers.

Parent/Guardian's Signature _____ Phone _____ Date _____

This consent shall remain effective for one year from this date: _____, 20_____.

FAMILY TALENT SURVEY SHEET

**Each parent or adult family member should fill out a separate sheet
and turn it in at this meeting.**

Pack _____ Chartered Organization _____ Date _____

Welcome to the Cub Scout family of our pack. As explained to you, Cub Scouting is for parents as well as boys. We have a fine group of families who have indicated a willingness to help, according to their abilities. We invite you to add your talents and interests so that the best possible program can be developed for your boy and his friends.

Den leaders are always busy with den activities. Our pack leaders and committee members know you have some talent that will help in the operation of our pack. Although your help may not be on a full-time basis, whatever you can do will be appreciated.

In making this survey, your pack committee wants to uncover ways you can enjoy giving assistance. Please answer the following as completely as possible:

1. My hobbies are: _____
2. I can play and/or teach these sports: _____
3. My job, business, or profession would be of interest to Cub Scouts: _____
4. I am willing to help my boy and the pack as: pack committee member, Cub Scout den leader or assistant, Tiger Cub den leader, assistant Cubmaster, Webelos den leader or assistant, Cubmaster, Pack trainer.
5. My Scouting experience: Cub Scout _____ Boy Scout _____ Girl Scout _____
 Explorer _____ Rank attained _____
 Adult leader _____
6. I can help in these areas:

General Activities

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carpentry | <input type="checkbox"/> Computer Skills |
| <input type="checkbox"/> Swimming | <input type="checkbox"/> Drawing/art |
| <input type="checkbox"/> Games | <input type="checkbox"/> Radio/electricity |
| <input type="checkbox"/> Nature | <input type="checkbox"/> Dramatics/skits |
| <input type="checkbox"/> Sports | <input type="checkbox"/> Cooking/banquets |
| <input type="checkbox"/> Outdoor activities | <input type="checkbox"/> Sewing |
| <input type="checkbox"/> Crafts | <input type="checkbox"/> Transportation |
| <input type="checkbox"/> Music/songs | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Bookkeeping | --- _____ |

Special Program Assistance

- I have an SUV or van or truck.
- I have a workshop.
- I have family camping gear.
- I can make contacts for special trips and activities.
- I have access to a cottage or camping property or a boat.
- I can help Webelos Scouts with Boy Scout skills.
- I can, or know others who can, help with our Cub Scout Academics and Sports program.
- I can give other help. _____

Webelos Activity Areas

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aquanaut | <input type="checkbox"/> Family Member | <input type="checkbox"/> Readyman |
| <input type="checkbox"/> Artist | <input type="checkbox"/> Fitness | <input type="checkbox"/> Scholar |
| <input type="checkbox"/> Athlete | <input type="checkbox"/> Forester | <input type="checkbox"/> Scientist |
| <input type="checkbox"/> Citizen | <input type="checkbox"/> Geologist | <input type="checkbox"/> Showman |
| <input type="checkbox"/> Communicator | <input type="checkbox"/> Handyman | <input type="checkbox"/> Sportsman |
| <input type="checkbox"/> Craftsman | <input type="checkbox"/> Naturalist | <input type="checkbox"/> Traveler |
| <input type="checkbox"/> Engineer | <input type="checkbox"/> Outdoorsman | |

Name _____ Home phone _____
 Street address _____ Business phone _____
 E-mail address _____ City _____ State _____ ZIP _____

Your cooperation and help are appreciated.