



Calle Peña de Francia, 2

37007 Salamanca.

Queridos padres, madres y scout:

Nos dirigimos a vosotros para comunicaros que el fin de semana del 18 al 20 de octubre tendrá lugar la acampada de inauguración en Calzada de Valdunciel.

Este año no habrá bus, por lo que el transporte será mediante vuestros vehículos propios. La llegada está prevista entre las 18:30 y las 18:45 del viernes 18, mientras que la recogida será a las 13:00 del domingo 20 de octubre.

El precio de la acampada es de 20 €. Tendrán que hacer el pago en la cuenta bancaria del grupo, en el **BBVA IBAN: ES20 Nº de cuenta: 0182/5580/41/0201580082**, rogamos que en el concepto aparezcan **NOMBRE y APELLIDOS** del niño para facilitarnos el trabajo.

El día de la acampada hay que llevar tanto la autorización como el resguardo del pago y el DNI y la Seguridad Social en físico.

Deberán traer la **cena** del viernes.

Imprescindible llevar:

- Ropa de invierno y abrigo
- Potos, platos, cubiertos
- Saco de dormir, manta y esterilla
- Ropa interior de recambio
- Bolsa de aseo
- Linterna
- La pañoleta
- **Muchas ganas de divertirse**

Para cualquier duda, no duden en contactar con alguno de nosotros:
Burbuja/Sandra (Castores) **689959235**. Raksha/Paula (Manada) **635879167**.
Abril (Tropa) **626379472**. Andrea (Comandos) **689403060**. Pablo (Rovers) **637655307**.

Un saludo del consejo de Jefes del Grupo Scout Pléyades



Acampada de Inauguración:

D/D^a _____ (padre, madre o tutor),
autorizo a mi hij@ _____ perteneciente a la rama de _____
a asistir a la Acampada de inauguración que organiza el Grupo Scout Pléyades en Calzada de Valdunciel durante los días 18, 19 y 20 de octubre de 2024. Teléfonos de contacto durante la acampada: 1 _____; 2 _____.

Información de salud o de interés del niño (alergias, medicamentos, enfermedades) _____

Así mismo, autorizo a mi hij@ a ser trasladado en el coche del grupo en caso de emergencia leve.

Sí No

Fdo:

Autorización de administración de medicamentos

ACAMPADA INAUGURACIÓN 2024/2025

No se les permite a los menores tomar medicamentos por su cuenta en las actividades del grupo, por ello, los padres o tutores deben entregar y otorgar su consentimiento para que los monitores del grupo scout Pléyades administren la siguiente medicación, esté recetada o no.

Yo con DNI nº..... y como padre/madre/tutor.....

de Rama

SOLICITO Y AUTORIZO a los monitores del grupo scout Pléyades a que administren los siguientes medicamentos, en caso de que fuera estrictamente necesario.

Marcar las siguientes medicinas que autoriza para ser administradas a su hijo.

MARCAR AL MENOS 1.

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación,

€ Apiretal. Dosis:

€ Paracetamol. Dosis:

€ Ibuprofeno. Dosis:

€ Betadine.

€ Gelocatil. Dosis:

€ Afterbite.

€ Fastum. Dosis:

€ Espidifren. Dosis:

€ Suero.....

€ Cristalmina.....

€ Dalsi. Dosis:

Medicación pautaada por su médico:

Nombre:los días..... en la siguiente dosis.....

Nombre:los días..... en la siguiente dosis.....

Si hay más medicamentos escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe. Si es necesario. ¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro hijo sea alérgico o NO queréis que le sean administrados? Sí No

Si es que si ¿cuáles?:

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento. Y para que conste, firmo la presente autorización

En..... a día de del año

FIRMADO