



Calle Peña de Francia, 2

37007 Salamanca.

Queridos padres, madres y scout:

Nos dirigimos a vosotros para comunicaros que la Acampada de Navidad este año será los días **27, 28, 29 y 30 de diciembre** del 2024. La realizaremos en el **Albergue "Gabriel y Galán (PIEDRAHITA, ÁVILA)**. La salida está prevista a las **9:00** (rogamos estar a las **8:45** para que podamos salir puntualmente) de la mañana del viernes **27 de diciembre** desde el **parking de Huerta Otea** y la llegada al mismo sitio alrededor de las **20:00** del **día 30**. El precio de la acampada será de **85€**. (**Hermanos 160€**)

El último día para poder entregar el justificante de pago, junto con la inscripción, será el sábado 14 de diciembre, rogamos puntualidad en la entrega y confirmación de asistencia. Como ya saben tendrán que hacer el pago en la cuenta bancaria del grupo en el **BBVA IBAN: ES20 N.º de cuenta: 0182/5580/41/0201580082** y entregar a los jefes respectivos de vuestros hijos la autorización con el resguardo de pago.

*En el caso de que se haya efectuado el pago, pero no puedan acudir, tendrán para avisar hasta el día 20 de diciembre para que este sea reembolsado.

La **comida** correrá de nuestra parte salvo la del **primer día** que tendrán que traerla de casa.

Imprescindible llevar:

- **Ropa de invierno y abrigo**
- **Potos** (vaso metálico), **platos, cubiertos**
- Chubasquero que cubra cabeza
- **Saco de dormir, manta y esterilla**
- Dos pares de calzado de invierno (recomendable)
- Ropa interior de recambio **una por día**
- Bolsa de aseo y toalla
- **Linterna**
- Camisetas y pantalones **una por día**
- **La pañoleta y muchas ganas de divertirse**

Se ruega para facilitarnos el trabajo a los jefes:

- Poner en el concepto del ingreso o transferencia el nombre y apellidos del niño y la rama.
- Informar a los jefes si habrá algún traslado entre medias de la acampada, ida o vuelta que no se haga con nosotros en el autobús etc....
- Adjunen siempre las autorizaciones respectivas e informen de las alergias, enfermedades o lesiones del niño.
- Además de llevar el DNI y la Seguridad Social en físico a la acampada, entreguen fotocopia de los mimos si no estuviera ya entregada. *(Muy importante, sin esto no nos vamos).

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



Calle Peña de Francia, 2

37007 Salamanca.

Acampada de Navidad:

D/D^a _____ (padre, madre o tutor), con
DNI _____ autorizo a mi hij@ _____ con DNI _____
perteneciente a la rama de _____ a asistir a la Acampada de navidad que organiza el Grupo
Scout Pléyades en Piedrahita durante los días 27, 28, 29 y 30 de diciembre 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 NAVIDAD 2024

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 como
padre/madre/tutor de perteneciente a la rama de
.....

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