



# Ficha de inscripción **CAMPAMENTOS VORWAERTS 2024**

## CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

Cada grupo de alumnos será acompañado durante todo el programa por su monitor, respetando las normas de convivencia. Los participantes deben aceptar las instrucciones de los monitores y personal de Vorwaerts que velan en todo momento por la seguridad y el bienestar común. Cualquier problema o dificultad debe ser planteado a los monitores que, con su experiencia, podrán ayudar satisfactoriamente a la solución del mismo.

El alumno ha de asistir a todas las actividades, procurando participar en la dinámica de aquellas, haciéndolo siempre en alemán. De este modo se adquieren nuevos conocimientos y se potencia la práctica del idioma. En el caso de no poder comunicarse en el idioma extranjero y al tratarse de una emergencia o indicaciones sobre las normas de seguridad, la comunicación se realizará en español. Está prohibido el uso de teléfonos móviles, dispositivos electrónicos o relojes inteligentes. Si el comportamiento de un participante no es correcto durante el transcurso de una actividad o durante el campamento, se notificará a sus padres o tutores y será amonestado. En caso de continuar con la misma actitud, será expulsado del programa sin esperar a que éste finalice y sin devolución del importe abonado.

Para la realización de los programas y diferentes actividades, debe haber un mínimo de 15 participantes inscritos. En el caso no haya un mínimo de 15 participantes, Vorwaerts se guarda el derecho de poder cancelar la actividad con un preaviso de 15 días y realizando la devolución íntegra del importe abonado por las familias.

Para ser inscrito y aceptado en el programa, Vorwaerts S.L. debe tener constancia de que el participante ha abonado el pago de 100€ de reserva de plaza y ha cumplimentado 15 días antes del inicio del campamento la ficha de inscripción, ficha médica, protocolo médico en caso de necesidades especiales o alergias. Para cancelaciones y devoluciones revisen las condiciones de contratación. El PAGO DEBE REALIZARSE EN SU TOTALIDAD en las fechas indicadas en cada programa y mínimo 15 días antes del inicio del programa. Alumnos externos que participen en el campamento del DSM, deben abonar una cuota de inscripción como alumnos externos de 50€.

VORWAERTS, S.L.

IBAN: ES 22 0128 0065 8905 0002 0145

BIC: BKBKESMM

CONCEPTO: **nombre del participante y fecha.**

### **Normas de cancelación y devolución de los campamentos urbanos:**

Cantidad no recuperable en caso de cancelación hasta 20 días antes del comienzo del campamento: 100€ en concepto de gastos de gestión.

Cantidad no recuperable en caso de cancelación desde 19 días antes del inicio o una vez comenzada la actividad: 100% del importe del campamento.

**En el caso de presentar un certificado médico del participante en el cual se indique que no puede participar en el campamento por causas médicas, se reembolsará el 100% de la reserva.**

Documentación necesaria para la participación en el campamento: “Ficha de Inscripción”, la “Ficha Médica”, las “Condiciones de Participación”, la “Autorización para la Participación en el Programa” y la “Autorización para Tratamiento de un Menor”. Toda esta documentación debe ser enviada por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica antes del inicio del campamento: [campamentos@vorwaerts.es](mailto:campamentos@vorwaerts.es)

## AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

El abajo firmante, como tutor de \_\_\_\_\_, conociendo el tipo de actividades que se van a desarrollar en el “Campamento de Vorwaerts”, certifico que los datos incluidos en la “Ficha de Inscripción”, “Ficha Médica” son ciertos y autorizo al mencionado menor a su participación en el mismo, así como la publicación de las fotos y vídeos que con carácter informativo y promocional se realizarán a lo largo de los programas de Vorwaerts.

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

El abajo firmante, padre/madre/tutor, de \_\_\_\_\_, menor de edad, autoriza a Vorwaerts S.L. y a sus representantes para dar su consentimiento a cualquier tratamiento o ingreso en un hospital, que sea juzgado conveniente y que deberá ser realizado bajo la supervisión general de un médico colegiado o cirujano, ya sea dicho tratamiento llevado a cabo en la consulta de dicho médico o cirujano, o en un hospital. Se entiende que esta autorización se establece antes de que cualquier diagnóstico específico, tratamiento o ingreso en un hospital sea preciso, pero se establece para conceder autoridad y poder a los antedichos representantes para dar su consentimiento específico a cualquier y a todos los tratamientos o ingresos en hospital, que los ya mencionados médicos juzguen necesarios, atendiendo a su mejor criterio.

Nombre PADRE/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Nombre MADRE/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

SEMANA SANTA		L	M	X	J	V	S	D	DSM Ostern	Deutsch & Surf Cantabria	SPORTCAMP SOMONTES
	MARZO							23	24	no disponible	
	25	26	27						no disponible		
ABRIL	1	2	3	4	5	6	7			no disponible	no disponible

  

VERANO		L	M	X	J	V	S	D	DSM Sommer	Cantabria	SPORTCAMP SOMONTES
	JULIO	1	2	3	4	5	6	7			no disponible
8		9	10	11	12	13	14			no disponible	
15		16	17	18	19	20	21				
22		23	24	25	26	27	28		no disponible		
29		30	31	1	2				no disponible	no disponible	

COLEGIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CURSO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

¿SABE NADAR? \_\_\_\_\_

INDICA CUALQUIER **OBSERVACIÓN** QUE QUIERAS HACERNOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la cumplimentación de la presente solicitud el afectado queda informado y consiente que los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y del Real Decreto 1720/2007 del Reglamento de desarrollo de la LOPD, serán incluidos en ficheros denominados ALUMNOS y GESTION ECONOMICA inscritos en el Registro General de Protección de Datos, cuyo Responsable del fichero es VORWAERTS y cuyas finalidades principales son estancias en el extranjero, gestionar las inscripciones en los programas, enviar información de nuevos programas y facturar los servicios prestados.

En caso de que se oponga a la cesión de sus datos en los términos previstos marque una cruz en esta casilla. En caso contrario, se entenderá que presta su consentimiento tácito a tal efecto. Aún así le informamos que dichas cesiones son necesarias para el correcto desarrollo del programa y que su negativa implicaría la no realización del mismo.

A su vez, le informamos que las imágenes del alumno recogidas en los diferentes programas podrán ser objeto de publicación en la página web, siempre que dicha difusión no suponga una intromisión ilegítima a la intimidad o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, conforme a lo establecido en el artículo 4.3 de la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor.

En caso de que se oponga a la publicación de las imágenes en los términos previstos marque una cruz en esta casilla. En caso contrario, se entenderá que presta su consentimiento tácito a tal efecto.

Asimismo, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a VORWAERTS S.L, calle Monasterio del Escorial, 6, 28045 de Madrid o a través de correo electrónico a [campamentos@vorwaerts.es](mailto:campamentos@vorwaerts.es) junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".



## Ficha de inscripción **CAMPAMENTOS VORWAERTS 2024**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECES: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

❖ **TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:** (Indicar SI o NO)

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

FLORES: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES?: \_\_\_\_\_

PICADURAS DE INSECTOS: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES?: \_\_\_\_\_

ALIMENTOS: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES?: \_\_\_\_\_

POLEN: \_\_\_\_\_ POLVO: \_\_\_\_\_

PELOS DE ANIMALES: \_\_\_\_\_ ¿QUE ANIMALES? \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

❖ **ES PROPENSO A :** (Indicar SI o NO)

ANGINAS: \_\_\_\_\_ FIEBRE: \_\_\_\_\_

CRISIS EPILÉPTICAS: \_\_\_\_\_ MAREOS: \_\_\_\_\_

DOLORES DE CABEZA: \_\_\_\_\_ OTROS ¿CUALES?: \_\_\_\_\_

❖ **SEÑALAR LO QUE PROCEDA:**

ESTÁ VACUNADO CONTRA: (Indicar SI o NO)

TÉTANOS: \_\_\_\_\_ ESTÁ AL CORRIENTE EN SU CARTILLA DE VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO MEDICACIÓN?: \_\_\_\_\_

¿QUE MEDICAMENTO?: \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ MOTIVO?: \_\_\_\_\_

¿DOSIS DIARIA? \_\_\_\_\_

¿LLEVA ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDAS?: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la cumplimentación de la presente Ficha el afectado queda informado y consiente que los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y del Real Decreto 1720/2007 del Reglamento de desarrollo de la LOPD, serán incluidos en un fichero denominado ALUMNOS inscrito en el Registro General de Protección de Datos, cuyo Responsable del fichero es VORWAERTS S.L y cuyas finalidades principales son tramitar estancias particulares en el extranjero, gestionar las inscripciones en los programas y enviar información de nuevas programas.

A su vez, le informamos que el tratamiento de estos datos, por su consideración de especialmente protegidos, estará condicionado a la necesidad del tratamiento o ingreso en el hospital que sea juzgado conveniente y que deberá ser realizado bajo la supervisión general de un médico colegiado o cirujano.

Asimismo, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a VORWAERTS S.L, calle Monasterio del Escorial,6, 28045 de Madrid o a través de correo electrónico a [info@vorwaerts.es](mailto:info@vorwaerts.es) junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".

Firma padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado por: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_