

FICHA DE ALERGIAS



CURSO ACADÉMICO: 2025-26

COLEGIO:

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____ _____ CURSO Y LETRA: _____	FOTO ALUMNO
MADRE: _____ TELEFONO _____	
PADRE: _____ TELEFONO _____	
TUTOR/A: _____ TELEFONO _____	

TIPO DE ALÉRGIA O INTOLERANCIA (ENUMERE UNO A UNO ALIMENTOS O SUSTANCIAS A EVITAR):

ENTREGA A SERCLYM SL INFORME MÉDICO expedido en fecha _____ por el facultativo _____ para la gestión de alergias e intolerancias alimentarias que presenta el alumno/a, INCLUYENDO DICHO INFORME EL PROTOCOLO A SEGUIR EN CASO DE INGESTA ACCIDENTAL.

ENTREGA AL CENTRO LA SIGUIENTE MEDICACIÓN:

MEDICAMENTO 1: _____ Unidades: _____ Lote: _____
MEDICAMENTO 2: _____ Unidades: _____ Lote: _____
MEDICAMENTO 3: _____ Unidades: _____ Lote: _____

- Sí autorizo a SERCLYM a administrar a mi hijo/a dicha medicación, de acuerdo con las pautas indicadas en el informe/certificado médico acompañado, antes de que acudan los servicios médicos o su traslado a centro médico.
- No autorizo al centro a administrar a mi hijo/a dicha medicación, debiendo tenerla a disposición de los servicios médicos que acudan al centro.

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos ("RGPD") y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ("LOPDGDD"), le informamos que todos los datos proporcionados sobre salud del alumno, así como cualquier documento médico, pasarán a formar parte de **SERCLYM S.L.** como **Responsable del Tratamiento** y serán tratados **exclusivamente** con la **finalidad** de diseñar, controlar, vigilar y garantizar los menús adaptados a su dieta pautada médicamente, así como diseñar protocolos de actuación en caso de una ingesta accidental.

Los datos serán **conservados** durante el año escolar que se ha contratado la prestación del servicio, procediendo a su destrucción o borrado cuando éste finalice. La **base de legitimación** para el tratamiento de los datos de salud del alumno es el **consentimiento expreso y por escrito** del padre, madre o tutor, como representante legal, para la **ejecución de la prestación del servicio** y el **interés vital del alumno**. SERCLYM S.L. informa que **no cederá** los datos de salud de los alumnos a terceras partes, a menos que medie su consentimiento expreso. SERCLYM S.L. ha adoptado medidas de seguridad apropiadas para garantizar la confidencialidad de los datos y velar porque sólo las personas autorizadas tengan acceso y/o puedan tratar los mismos.

En cualquier momento, podrá ejercer los **derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento**, así como a no ser objeto de decisiones automatizadas, cuando procedan, enviando un escrito acompañado a la dirección postal C/Orense nº12, 28020, Madrid o al correo electrónico protecciondatos@serclym.es. Si algún padre, madre o tutor considerase que los datos no son tratados correctamente por SERCLYM S.L. o que las solicitudes de ejercicio de derechos no han sido atendidas correctamente, tiene el **derecho a presentar una reclamación ante** la Agencia Española de Protección de Datos la indicada en el territorio nacional, www.aepd.es.

Para que conste, declaro haber entendido la información facilitada y consiento de forma expresa y por escrito el tratamiento que se efectuará de los datos de salud del alumno.

FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR/

FECHA