

Cytundeb Rhieni i roi meddyginiaeth / Parental Agreement for School to  
administer medicine



Mae Ysgol y Wern angen eich caniatâd chi i roi meddyginiaeth i'ch plentyn. Llenwch a llofnodwch y ffurflen hon er mwyn galluogi hyn.

Ysgol y Wern needs your permission to give your child medicine. Please complete and sign this form to allow this.

Enw'r ysgol/Name of School: **Ysgol y Wern**

Enw'r Plentyn/ Pupil's Name:

Dyddiad geni / Date of Birth:

Dosbarth / Class:

Angen gofal iechyd/Healthcare need:

**Meddyginiaeth**

Enw/math o feddyginiaeth  
(fel a ddisgrifir ar y cynhwysydd)  
Name/Type of Medicine  
(as described on the container)

Dyddiad ei roi/Date dispensed  Dod i ben/Expiry date:

Dyddiad adolygu wedi'i gytuno i gael ei nodi gan [athro]:  
Agreed review date to be initiated by (teacher):

Dos a dull/ Dosage and method:

Amser/Timing:

Cytundeb Rhieni i roi meddyginiaeth / Parental Agreement for School to  
administer medicine

Rhagofalon arbennig/Special precautions:

Oes yna unrhyw sgil effeithiau mae angen inni wybod andanynt:

Are there any side effects that we need to know about?:

Hunan-weinyddu (dilëwch fel bo angen): **Ie/Yes**

Self-administration (delete as appropriate): **Na/No**

Camau gweithredu mewn argyfwng:

Procedures to take in an emergency:

**Manylion cyswllt / Contact Details**

Enw/Name:

Rhif ffôn yn ystod y dydd/Daytime Tel No:

Perthynas i'r plentyn/Relationship to child:

Cyfeiriad/Address:

Rwy'n deall bod yn rhaid i mi drosglwyddo'r feddyginiaeth yn bersonol i'r athro dosbarth

I understand that I must deliver the medicine personally to class teacher.

Rwy'n deall bod angen i mi roi gwybod i'r ysgol am unrhyw newidiadau yn ysgrifenedig.

I understand that I must notify the setting of any changes in writing.

Dyddiad/Date:

Llofnod(ion)/Signature(s) .....