

**YSGOL GYMUNEDOL BANCFFOSFELEN COMMUNITY SCHOOL**

**CAIS I'R YSGOL I ROI MEDDYGYNIAETH  
REQUEST FOR SCHOOL TO ADMINISTER MEDICATION**

Ni fydd yr ysgol yn rhoi'r moddion os nad ydych wedi cwblhau ac arwyddo'r ffurflen hon a bod y Pennaeth wedi cytuno i aelod o staff roi'r moddion.

The school will not give your child medicine unless you complete and sign this form, and the Headteacher has agreed that staff can administer the medication.

**MANYLION Y DISGYBL / DETAILS OF PUPILS**

Cyfenw / Surname: \_\_\_\_\_

Rhagenw(au) / Forename(s): \_\_\_\_\_

Cyfeiriad / Address: \_\_\_\_\_

Salwch / Conditions of Illness: \_\_\_\_\_

Merch/ Bachgen/Boy/Girl: \_\_\_\_\_ Dyddiad Geni / Date of Birth: \_\_\_\_\_

Blwyddyn / Year: \_\_\_\_\_

**MEDDYGYNIAETH / MEDICATION**

Enw / Math o feddygyniaeth (fel a ddisgrifir ar y boc) Name /Type of Medication (as described on the container):

\_\_\_\_\_

Am faint bydd angen y feddygyniaeth hon ar eich plentyn? For how long will your child take this medication?

\_\_\_\_\_

Dyddiad a roddwyd / Date dispensed: \_\_\_\_\_

**CYFARWYDDIADAU LLAWN AR GYFER DEFNYDD / FULL DIRECTIONS FOR USE**

Dos a sut i'w roi / Dosage and Method: \_\_\_\_\_

Amser / Timing: \_\_\_\_\_

Unrhyw Gamau Arbennig / Special Precautions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sgil Effeithiau / Side Effects: \_\_\_\_\_

**Hunan Weinyddu / Self  
Administration:** \_\_\_\_\_

**Beth y dylid gwneud mewn Argyfwng / Procedures to Take in an Emergency:**

\_\_\_\_\_

**MANYLION CYSWLLT / CONTACT DETAILS**

**Enw / Name:** \_\_\_\_\_

**Ffôn / Phone No:**  
**(Gwaith / Work)** \_\_\_\_\_

**(Cartref / Home)** \_\_\_\_\_

**Perthynas / Relationship:** \_\_\_\_\_

**Cyfeiriad / Address:** \_\_\_\_\_

**Deallaf mai fi sy'n gyfrifol am drosglwyddo'r feddygyniaeth yn bersonol i aelod o staff a derbynaf bod hwn yn wasanaeth nad oes rhaid i'r ysgol ddarparu / I understand that I must deliver the medicine personally to a member of staff and accept that this is a service which the school is not obliged to undertake.**

**Dyddiad / Date:** \_\_\_\_\_ **Arwyddwyd / Signature:** \_\_\_\_\_

**Perthynas i'r disgybl / Relationship to Pupil:** \_\_\_\_\_