CAIS I'R YSGOL GYFLWYNO MEDDYGINIAETH
REQUEST FOR SCHOOL TO ADMINISTER MEDICATION

Ni fydd yr ysgol yn cyflwyno unrhyw feddygyniaeth i'ch plentyn heb i chi lenwi ac arwyddo'r ffurflen hon.
The school will not administer any medication without a completed, signed copy of this form.

ENW'R DISGYBL / *PUPIL'S NAME*

DYDDIAD GENI / *D.O.B.*

DOSBARTH / *CLASS*

ENW'R FEDDYGYNIAETH / *NAME AND TYPE OF MEDICATION*

AM BA HYD BYDD EICH PLENTYN YN EI GYMRYD? / *FOR HOW LONG WILL YOUR CHILD BE TAKING THE MEDICATION?*

AMLDER, MAINT A CHYFLWYNIAD / *TIME, METHOD AND DOSAGE*

SYLWADAU PELLACH / *FURTHER COMMENTS*

Rwy'n deall mai fy nyletswydd bydd sicrhau cyflenwad o feddygyniaeth ac yn derbyn nad yw hyn yn wasanaeth y mae'n orfodol i'r ysgol ymgymryd â hi.
I understand that it is my responsibility to provide a supply of the appropriate medication and applicators etc. and accept that this is a voluntary service which the school is not obliged to undertake.

ENW'R RHIANT A RHIF CYSWLLT ARGYFWNG / *PARENT'S NAME AND EMERGENCY CONTACT NUMBER*

LLOFNOD / *SIGNATURE*

DYDDIAD / *DATE*

DYDDIAD	*CYFLWYNIAD AC AMSER*	*LLOFNOD*