

FFURFLEN 3B: Cytundeb rhieni i'r ysgol roi meddyginiaeth

Ni fydd yr ysgol yn rhoi meddyginiaeth i'ch plentyn oni bai eich bod yn cwblhau ac yn llofnodi'r ffurflen hon a bod gan yr ysgol bolisi sy'n caniatáu i staff roi meddyginiaeth.

Enw'r ysgol	YSGOL BOTWNNOG
Dyddiad	/ /
Enw'r plentyn	
Grŵp/dosbarth	
Enw a chryfder y feddyginiaeth	
Dyddiad y daw i ben	/ /
Faint i'w roi (<i>h.y. y ddos i'w rhoi</i>)	
Pryd i'w roi	
Unrhyw gyfarwyddiadau eraill	
Nifer tabledi/faint i'w roi i'r ysgol	

Sylwch: Rhaid i feddyginiaethau fod yn y cynhwysydd gwreiddiol fel y'u gweinyddwyd gan y fferyllfa

Please note: Medication must be in original container as supplied.

Rhif ffôn y rhiant yn ystod y dydd	
neu, Oedolyn cyswllt	
Enw a rhif ffôn y meddyg teulu	

Dyddiad adolygu y cytunwyd arno i'w ddechrau gan: **Aled Williams**
Date of review and named member of staff:

Mae'r wybodaeth uchod yn gywir adeg ei hysgrifennu, hyd eithaf fy ngwybodaeth, ac rwy'n caniatáu i staff yr ysgol roi meddyginiaeth yn unol â pholisi'r ysgol. Byddaf yn hysbysu'r ysgol yn syth, yn ysgrifenedig, o unrhyw newid o ran dos y feddyginiaeth neu pa mor aml y dylid ei chymryd neu os nad oes angen y feddyginiaeth bellach.

Printiwch eich EnwLlofnod y rhiant

Cytundeb Pennaeth yr ysgol i roi meddyginiaeth

FORM 3B: Parental Agreement for school to administer medication

The school are unable to administer medication to your child unless this form has been completed and signed according to our Medication's Policy.

Name of School	<input type="text" value="YSGOL BOTWNNOG"/>
Date	<input type="text" value="/ /"/>
Name of child	<input type="text"/>
Group / Class	<input type="text"/>
Name and strength of medication	<input type="text"/>
Expiry date	<input type="text" value="/ /"/>
How much to administer (i.e. dosage)	<input type="text"/>
When to administer	<input type="text"/>
Any other information	<input type="text"/>
No. of tablets	<input type="text"/>

Please note: Medication must be in original container as supplied.

Telephone no. of parent during the dau	<input type="text"/>
or Contact person	<input type="text"/>
Name and phone number of GP	<input type="text"/>

Date of review and named member of staff:

To the best of my knowledge the above information is true, and I allow the school staff to administer medicine as stated in the School Medication Policy. I will inform the school in writing of any changes in the medication dosage or if the medication is no longer required.

PRINT NAMEParent's signature:

Headmaster's permission to administer medication

Date: