

# Parental agreement for school to administer medicine

## (Short term)

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

Name of child \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Class \_\_\_\_\_

Healthcare need \_\_\_\_\_

### Medicine

Name of medicine \_\_\_\_\_

Expiry date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_

Timing \_\_\_\_\_

Side effects \_\_\_\_\_

### Contact details

1. Name \_\_\_\_\_

Daytime telephone number \_\_\_\_\_

Relationship to child \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_

Daytime telephone number \_\_\_\_\_

Relationship to child \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

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

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s) \_\_\_\_\_

# Cytundeb gyda'r rhieni i'r ysgol i weinyddu meddyginiaeth

## (Byr dymor)

Mae angen eich caniatâd ar Ysgol Pen-y-Garth er mwyn darparu meddyginiaeth i'ch plentyn. A fyddwch mor garedig â llenwi ac awyddo'r ffurflen hon i ganiatáu i hyn ddigwydd.

Enw'r plentyn \_\_\_\_\_

Dyddiad geni \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dosbarth \_\_\_\_\_

Cyflwr meddygol \_\_\_\_\_

### Meddyginiaeth

Enw'r meddyginiaeth \_\_\_\_\_

Dyddiad terfyn \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dogniad \_\_\_\_\_

Amseriad \_\_\_\_\_

Sgîl-ffeithiau \_\_\_\_\_

### Manylion cyswllt

1. Enw \_\_\_\_\_

Rhif ffôn yn ystod y dydd \_\_\_\_\_

Perthynas i'r plentyn \_\_\_\_\_

Cyfeiriad \_\_\_\_\_

2. Enw \_\_\_\_\_

Rhif ffôn yn ystod y dydd \_\_\_\_\_

Perthynas i'r plentyn \_\_\_\_\_

Cyfeiriad \_\_\_\_\_

Deallaf fod angen rhoi gwybod yn ysgrifenedig i'r ysgol os oes unrhyw newidiadau.

Dyddiad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Llofnod(ion) \_\_\_\_\_