

Parental agreement for school to administer medicine.

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 _____

Annual review date _____

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.

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 _____

Dyddiad adolygiad blynyddol _____

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) _____

Parental agreement for school to administer medicines.

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 _____

Annual review date _____

Medicines

1. Name of medicine _____

Expiry date _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Dosage _____

Timing _____

Side effects _____

2. Name of medicine _____

Expiry date _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Dosage _____

Timing _____

Side effects _____

3. 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 meddyginiaethau.

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 _____

Dyddiad adolygiad blynyddol _____

Meddyginiaethau

1. Enw'r meddyginiaeth _____

Dyddiad terfyn _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Dogniad _____

Amseriad _____

Sgîl-ffeithiau _____

2. Enw'r meddyginiaeth _____

Dyddiad terfyn _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Dogniad _____

Amseriad _____

Sgîl-ffeithiau _____

3. 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) _____