

# Request for pupil to carry/administer their own medicine at Ysgol Pen-y-Garth.

This form must be completed by the parent/carer.

If staff have any concerns discuss this request with healthcare professionals.

Pupil's name \_\_\_\_\_

Class \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

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

Carry and administer

Administer from stored location

## Contact details

Name \_\_\_\_\_

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

Relationship to pupil \_\_\_\_\_

I would like my child to administer and/or carry their medicine.

Signed parent/carer \_\_\_\_\_

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

I agree to administer and/or carry my medicine. If I refuse to administer my medication as agreed, then this agreement will be reviewed.

Pupil's signature \_\_\_\_\_

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

# Cais i ddisgybl i gario/gweinyddu meddyginiaeth ei hun yn

## Ysgol Pen-y-Garth.

Rhaid i riant/gwarchodwr i lenwi'r ffurflen hon.

Os oes gan aelod o'r staff unrhyw bryderon ynglŷn â'r cais yma, trafodwch gydag aelodau o'r gwasanaeth iechyd.

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

Dosbarth \_\_\_\_\_

Cyfeiriad \_\_\_\_\_

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

Cario a gweinyddu

Gweinyddu o safle canolog

### Manylion cyswllt

Enw \_\_\_\_\_

Rhif ffôn yn ystod y dydd \_\_\_\_\_

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

Hoffwn i'm plentyn i weinyddu a/neu cario meddyginiaeth ei hun.

Llofnod riant/gwarchodwr \_\_\_\_\_

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

Cytunaf i weinyddu a/neu cario fy meddyginiaeth. Os byddaf yn gwrthod i weinyddu'r meddyginiaeth fel y cytunwyd, yna fe fydd adolygiad o'r cytundeb hwn.

Llofnod y disgybl \_\_\_\_\_

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