

CAIS I ROI MEDDYGINIAETH I BLENTYN (i'w llenwi gan y rhiant/gwarcheidwad)

**** Ni fydd staff y feithrinfa yn rhoi meddyginiaeth i'ch plentyn oni bai eich bod yn dychwelyd y ffurflen hon wedi ei llenwi ****

Enw'r plentyn: _____

Cyfeiriad: _____

Dyddiad geni: _____

Salwch neu gyflwr: _____

Enw/math o feddyginiaeth (gweler y botel/blwch): _____

Am ba hyd fydd eich plentyn ar y feddyginiaeth: _____

Dyddiad dechrau'r feddyginiaeth: _____

Cyfarwyddiadau: _____

Maint y ddôs: _____

Amser: _____

Dull o roi'r feddyginiaeth: _____

Gofynion arbennig: _____

Sgîl effeithiau: _____

Trefniadau mewn sefyllfa o argyfwng: _____

Enw, cyfeiriad a rhif ffôn person cyswllt mewn argyfwng: _____

Perthynas i'r plentyn: _____

Rwy'n rhoi caniatad i aelod o staff y feithrinfa roi'r feddyginiaeth uchod i _____
(enw'r plentyn)

Rwy'n deall y bydd yn rhaid i mi roi'r feddyginiaeth yn bersonol i aelod o staff a enwir isod, gan roi gwybod ar unwaith os oes unrhyw newid yn y wybodaeth uchod.

Tystiaf fod _____ wedi derbyn cyfarwyddiadau/ hyfforddiant ar
(enw aelod o staff)
sut i roi'r feddyginiaeth i'r plentyn yma.

Enw'r Rhiant/Gwarcheidwad: _____ Llofnod: _____ Dyddiad: _____

Enw'r aelod o staff: _____ Llofnod: _____ Dyddiad: _____

**** Nid oes rheidrwydd ar y feithrinfa i ddarparu'r gwasanaeth hwn, ac ni all y feithrinfa warantu cyfarfod gofynion y driniaeth pe bai amgylchiadau annisgwyl neu anawsterau'n codi, ac ni ellir ystyried y feithrinfa yn atebol am unrhyw ffaelectedau yn y driniaeth ****



APPLICATION TO GIVE A CHILD MEDICINE (to be filled by the parent/guardian)

**** The nursery staff will not administer medicine to you child unless you have completed and returned this form ****

Name of Child: _____

Address: _____

Date of Birth: _____

Illness or condition: _____

Name/kind of medicine (see bottle/box): _____

How long will your child be on this medicine: _____

Date when medication began: _____

Directions: _____

Dose: _____

Time: _____

Method of administering: _____

Special requirements: _____

Side Effects: _____

Arrangements in an emergency: _____

Name, address and phone number of contact in an emergency: _____

Relation to child: _____

I give a member of the nursery staff permission to administer the above medication to: _____
(child's name)

I understand that I must hand the medicine personally to the member of staff named below, and that any change in the above information will be notified at once.

I testify that _____ has received directions/training regarding how
(name of member of staff)

To administer the medicine to this child.

Parent/Guardian's Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Name of nursery staff: _____ Signature: _____ Date: _____

**** The nursery does not have to provide this service, and the nursery cannot guarantee that the treatment's requirements will be met if unexpected situations or difficulties arise, and the nursery cannot be held answerable for any failures in the treatment ****