

YSGOL GYMRAEG BRO OGWR

Request for the Administration of Prescribed Medication in School

Name and address of parent/guardian _____

Name of Pupil _____ Date of birth _____

Should receive

Name of medication _____ (as on container)

Name of Doctor/Surgery _____

Expiry date _____

Route of administration _____ (e.g by mouth)

Dosage of medication _____

Time of administration _____

Duration of treatment _____

Possible side effects _____

Can this medication be self administered by the pupil YES/NO

Any other information _____

Signature _____

Date _____

Where any doubts or queries arise, medication will not be administered until written confirmation has been received from the parents/guardians

YSGOL GYMRAEG BRO OGWR

Cais ar gyfer Gweinyddu Meddyginiaeth a Ddarnodwyd yn yr ysgol

Enw a chyfeiriad y rhiant/gwarcheidwad _____

Enw'r disgybl _____ Dyddiad geni _____

Dderbyn

Enw'r feddyginiaeth _____ (fel yr ymddengys
ar y botel/pecyn)

Enw'r meddyg/syrjeri _____

Dyddiad terfyn _____

Dull Gweinyddu _____ (e.e. drwy'r ceg)

Dos y feddyginiaeth _____

Amser gweinyddu _____

Hyd y driniaeth _____

Effeithiau posib _____

A yw'r disgybl yn medru gweinyddu'r feddyginiaeth ei hun? YDY/NAC YDY

Unrhyw wybodaeth ychwanegol _____

Arwyddwyd _____

Dyddiad _____

Lle y bo amheuon neu gwestiynau yn codi ni weinyddir y feddyginiaeth nes bod cadarnhad ysgrifenedig wedi'i dderbyn oddi wrth y rhieni/gwarcheidwaid