Forest School SNPT Parental Consent & Medical Form
Ffurflen Ganiatâd Rhieni a Manylion Meddygol Ysgol Goedwig

Childs name:……..…… Date of birth……

Parent/Carer:……

Home Address

……

……

Contact Telephone Numbers: ……..……

Email Address ……

Name of Child's Doctor: ……..…… Child's NHS no: ……..

Doctor's Address: ……..…….…… Doctor's Tel no: …….

DATES: every other Thursday **VENUE: Singleton Park**

- I give my consent for my child to take part in Forest School and agree to her/him taking part in the activities
  - I give my consent to photographs of my child being used to promote Forest School activities, including for use on the Forest School SNPT website and Forest School SNPT Facebook page.
  - I consent to my child receiving any necessary medical treatment for any injury or illness during Forest School.

Parent/Carer's signature: ……Date:……

IN CASE OF EMERGENCY:

Please complete the section below with the name of a relative or neighbour who can be contacted if you cannot be reached:

Name: …….. Relationship to child ……..……...

Home Phone: …..…….. Work phone no: ……

Tick if your child has had any of the following:			
Asthma or bronchitis		Fits, fainting or blackouts	
Sight or hearing impairments		Severe headaches	
Heart condition		Diabetes	
Travel Sickness		Any allergies e.g. food, material, dust, bee stings	
Details of Drug Allergies			

Please give details of any specific needs that your child may have, so that we can adapt activities accordingly.

……

……

Has she/he had a tetanus vaccination?		Other illness, medical condition or impairments?	
Has she/he received medical or surgical treatment of any kind from either your doctor or hospital during the last three months?		Has she/he been given specific medical advice to follow in emergencies?	

If the answer is YES please give details (including dosage of medicine)……

……

Forest School SNPT Parental Consent & Medical Form
Ffurflen Ganiatâd Rhieni a Manylion Meddygol Ysgol Goedwig

Enw'r plentyn:……

Dyddiad Geni: ……

Enw Rhiant/gwarcheidwad:……

Cyfeiriad cartref:

……

……

Rhif ffôn cyswllt: ……

Cyfeiriad e-bost……

Enw meddyg y plentyn: …… Rhif GIG y plentyn: ……

Cyfeiriad meddyg: …… Rhif ffôn meddyg: ……

Dyddiadau: Bob yn ail ddydd Iau **Lleoliad:** Parc Singleton

- Rhoddaf fy nghaniatâd i'm plentyn gymryd rhan yn yr Ysgol Goedwig a chytunaf iddo/iddi gymryd rhan yn y gweithgareddau.
- Rhoddaf fy nghaniatâd i ffotograffau o fy mhlentyn gael eu defnyddio i hyrwyddo gweithgareddau Ysgol Goedwig, gan gynnwys eu defnyddio ar wefan SNPT yr Ysgol Goedwig a thudalen Facebook SNPT Ysgol Goedwig.
- Rwy'n cydsynio i'm plentyn dderbyn unrhyw driniaeth feddygol angenrheidiol ar gyfer unrhyw anaf neu salwch yn ystod yr Ysgol Goedwig.

Llofnod rhiant/gwarcheidwad:…… **Dyddiad:……**

MEWN ACHOS O ARGYFWNG:
Llenwch yr adran isod gydag enw perthynas neu gymydog y gellir cysylltu â hwy os na ellir eich cyrraedd:

Enw: …….. Perthynas â'r plentyn ……..

Ffôn cartref: …….. Ffôn gwaith: ……

Ticiwch os yw'ch plentyn wedi dioddef gydag unrhyw un o'r canlynol:			
Asthma neu froncitis		Ffitiau, llewygu neu flacowts	
Nam ar y golwg neu'r clyw		Cur pen difrifol	
Cyflwr ar y galon		Diabetes	
Salwch teithio		Unrhyw alergeddau e.e. bwyd, deunydd, llwch, pigiadau gwenyn	
Manylion Alergeddau i Gyffuriau			

Rhowch fanylion unrhyw anghenion penodol a allai fod gan eich plentyn, fel y gallwn addasu ein gweithgareddau yn unol â hynny.
……
……

A yw'ch plentyn wedi cael brechiad tetanws?		Ydy eich plentyn yn dioddef o salwch, cyflwr meddygol neu unrhyw nam araill?	
A yw ef / hi wedi derbyn triniaeth feddygol neu lawfeddygol o unrhyw fath gan naill ai'ch meddyg neu'r ysbyty yn ystod y tri mis diwethaf?		A yw ef / hi wedi cael cyngor meddygol penodol i'w ddilyn mewn argyfyngau?	

Os YDY yw'r ateb, rhowch fanylion (gan gynnwys dôs y feddyginiaeth)
……
……