



TAFLEN WYBODAETH YSGOL PENTREUCHAF/  
 YSGOL PENTREUCHAF INFORMATION SHEET  
 2013 - 2014



**MANYLION PERSONOL / PERSONAL DETAILS**

ENW LLAWN Y PLENTYN/CHILD'S FULL NAME:

.....

DYDDIAD GENI/DATE OF BIRTH.....

CYFEIRIAD/ ADDRESS .....

.....

.....

COD POST / POSTCODE .....

RHIF F FON CARTREF/ HOME TELEPHONE NUMBER .....

RHIF F FON SYMUDOL / MOBILE PHONENUMBER .....

E-BOST / E-MAIL .....

**RHIFAU CYSWLLT / CONTACT NUMBERS**

ENWAU A RHIFAU UNRHYW RIANT/RHIENI/OFALWYR A CHYFRIFOLDEB /  
 NAME(S) AND PHONENUMBERS OF ANY PARENT/S OR CARERS WITH PARENTAL RESPONSIBILITY:

\*ENW MAM / MOTHER'S NAME :.....

LLEOLIAD GWAITH / PLACE OF WORK: .....

RHIF FFÔN / PHONE NUMBER: .....(ADREF / HOME)

.....(SYMUDOL / MOBILE)

.....(GWAITH / WORK)

\*ENW DAD / FATHER'S NAME :.....

LLEOLIAD GWAITH / PLACE OF WORK: .....

RHIF FFÔN / PHONE NUMBER: .....(ADREF / HOME)

.....(SYMUDOL / MOBILE)

.....(GWAITH / WORK)

\*ENW GOFALWR / CARER'S NAME:.....

LLEOLIAD GWAITH / PLACE OF WORK: .....

RHIF FFÔN / PHONE NUMBER: .....(ADREF / HOME)

.....(SYMUDOL / MOBILE)

.....(GWAITH / WORK)

**MEDDYGOL / MEDICAL**

ENW A RHIF MEDDYG TEULU

NAME AND TELEPHONE NO. OF DOCTOR .....

.....

UNRHYW ANHWYLDER GAN GYNNWYS MEDDYGINIAETH e.e ASTHMA, ELASTOPLAST

ANY ALLERGY/ILLNESS INCLUDING MEDICATION e.g ASTHMA, ELASTOPLAST .....

.....

.....

**RHIFAU FFÔN MEWN ARGYFWNG / EMERGENCY TELEPHONE NUMBERS**

1. ENW/NAME.....FFÔN/ TEL NO.....

PERTHYNAS I'R PLENTYN/RELATIONSHIP TO CHILD.....

2. ENW/NAME.....FFÔN/ TEL NO.....

PERTHYNAS I'R PLENTYN/RELATIONSHIP TO CHILD.....

---

**Trefniadau mynd adref arferol / Usual going home arrangements:**

.....

.....

**DATGANIAD - yn unol â chanllawiau Awdurdod Gwynedd - mewn sefyllfa o argyfwng**

Cytunaf i'm mhentyn dderbyn meddyginiaeth/triniaeth frys fel ag y tybir yn angenrheidiol gan yr awdurdodau meddygol fydd yn bresennol.

**DECLARATION - in accordance with Gwynedd Authority's guidelines - in an emergency situation**

*I agree to my child receiving medication / emergency treatment as considered necessary by the medical authorities present.*

ARWYDDWYD / SIGNED.....DYDDIAD / DATE.....

ENW LLAWN / FULL NAME.....

*Gofynnwn yn garedig i chi lenwi'r ffurflen yn ei chyfanrwydd a'i dychwelyd cyn ddiwedd yr wythnos.  
We ask that you please complete the form in it's entirety and return it before the end of the week.*