



**FFURFLEN IECHYD A CHANIATÂD / HEALTH AND CONSENT FORM
CYFRINACHOL / CONFIDENTIAL**

1. Enw'r
Gweithgaredd/Taith/Cwrs

--

Activity/ Course/Trip

Lleoliad y
Weithgaredd/Daith/Cwrs

--

Location of
Activity/Course/Trip

Dyddiad y
Weithgaredd/Daith/Cwrs

--

Date of activity/Course/Trip

2. Enw'r Unigolyn

--

Name of Participant

3. Oed a Dyddiad Geni

--

Age and Date of Birth

4. Cyfeiriad

--

Address

5. Rhifau Ffôn cyswllt

--

Contact Telephone No's.

6. Cangen/Ysgol/ Grwp

--

School / Group / Organisation

7. Ebst Cyswllt

--

Contact Email

8. Enw Rhiant / Gwarchodwr
os yw'r Unigolyn dan 18 a
pherthynas i'r Unigolyn.

--

Name of Parent / Guardian if
the Participant is under 18 and
relationship to the Participant

9. Cyswllt argyfwng ychwnegol
a Rhifau Ffôn yn ystod y
Geithgaredd/Cwrs/Daith

--

Alternative emergency contact
and Telephone No during the
Activity/Course/Trip

CANIATÂD RHIENI/ UNIGOLYN

PARENTAL/ INDIVIDUAL CONSENT

(i) Rwyf yn cytuno i'r Unigolyn a enwir uchod i gymryd rhan yn y gweithgareddau uchod/mynychu'r Daith/Cwrs a'r gweithgareddau cysylltiedig.

I consent to the individual named above as participant taking part in the above activity/attending the Course/Trip and related activities.

(ii) Deallaf y gallai'r Urdd gymryd lluniau ac/neu deunydd fideo o'r gweithgareddau ac ymweliadau. Rwy'n cytuno i'r Urdd ddefnyddio unrhyw ffotograffau sydd yn cynnwys yr Unigolyn a enwir ar y ffurflen hon ar wefan yr Urdd ac/neu ar gyfrifon swyddogol cyfryngau cymdeithasol yr Urdd gan gynnwys facebook, twitter ac/neu unrhyw gyfrifon cyfryngau cymdeithasol eraill a ddefnyddiwn o bryd i'w gilydd a/neu yn rhan o ddeunydd hyrwyddo neu marchnata cyffredinol yr Urdd.

I understand that the Urdd may take photographs and/or video footage of activities and visits. I consent to the Urdd using any photographs in which the participant named in this form appears on the Urdd website and/or on official Urdd social media accounts, including facebook, twitter and any other social media platforms we may use from time to time and/or as part of the Urdd's general marketing or promotional materials.

Ticiwch y blwch hwn os ydych yn cytuno i Urdd Gobaith Cymru ("Urdd") gadw eich manylion cyswllt er mwyn cysylltu â chi drwy e-bost gyda gwybodaeth am ein gweithgareddau, cyrsiau a'n digwyddiadau.

Please tick this box if you agree to Urdd Gobaith Cymru ("Urdd") retaining your contact details in order to contact you via email with information about our events, courses and activities.

CYFRINACHOL / CONFIDENTIAL

GWYBODAETH FEDDYGOL BERSONOL: Rhowch fanylion neu wybodaeth bersonol lle bo'n berthnasol.

PERSONAL MEDICAL INFORMATION: Please give details requested below or personal information which might be relevant.

Enw'r Unigolyn

Name of Participant

Dyddiad Geni

Date of Birth

A.	A fu gan yr unigolyn, hyd y gwyddoch, gysylliad ag unrhyw afiechydon heintus yn ystod y tair wythnos diwethaf?	DO / NADDO Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Has the participant, to your knowledge, been in contact with any infectious illness during the last three weeks?
B.	Ydy'r unigolyn yn dioddef o cyflwr meddygol e.e. diabetes, meigrin, asthma, epilepsi neu unrhyw salwch neu anabledd arall gall fod yn berthnasol neu all amharu ar yr Unigolyn wrth gymryd rhan yn y weithgaredd/cwrs?	YDY / NAC YDY Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Does the participant suffer from any medical conditions e.g. diabetes, migraine, asthma, epilepsy or any other illness or disability which may be relevant or affect participation in this activity/course?
C.	Oes gan yr Unigolyn alergedd neu sensitifrwydd at unrhyw beth (e.e. anifeiliaid, gwrthfotig, penicillin plasteru, asbirin neu unrhyw feddygyniaeth ayyb)?	YDY / NAC YDY Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Is the participant allergic or intolerant to anything (e.g. animals, antibiotics, penicillin, plasters, aspirin or any such medicines etc.?)
CH.	Ydy'r unigolyn yn dioddef o unrhyw gyflwr iechyd meddwl neu ag anghenion addysgol neu materion ymddygiadol?	YDY / NAC YDY Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Does the participant suffer from any mental health conditions or have any educational needs or behavioural conditions?
D.	Ydy'r unigolyn yn derbyn triniaeth feddygol ar hyn o bryd?	YDY / NAC YDY Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Is the participant receiving any medical treatment at present?
DD.	Dyddiad chwistrelliad gwrth tetanws olaf?			Date of last anti-tetanus injection.
E.	A oes anghenion deiotegol penodol gan yr unigolyn?	OES / NAC OES Rhowch fanylion.	YES / NO If yes, give details.	Does the participant have any specific dietary requirements?
F.	Ydy'r unigolyn yn gallu nofio'n hyderus?	YDY / NAC YDY	YES / NO	Is the participant a confident swimmer?
FF.	Enw cyfeiriad a rhif ffôn meddyg yr Unigolyn.			Name address and contact number of participant's doctor.

At ddefnydd yr Urdd:

Wedi'r ymweliad/gweithgaredd: Tudalen blaen **YN UNIG** i'w anfon at: Swyddog Data, Gwersyll Llangrannog, Llandysul, Ceredigion SA44 6AE
data@urdd.org

(i) Rwyf ar ddeall y bydd y staff sy'n gyfrifol am y gweithgareddau yn cymryd pob gofal rhesymol o'r rheiny sy'n cymryd rhan.

I understand that the staff responsible for the activities will take all reasonable care of participants.

Rwy'n cytuno i'r Urdd gadw a defnyddio'r wybodaeth feddygol/iechyd a ddarperir ar y ffurflen hon at y ddibenion a nodir isod (gan gynnwys rhannu gwybodaeth meddygol/iechyd gydag unrhyw unigolion sy'n darparu gweithgaredd neu gwrs, gweithwyr meddygol proffesiynol, swyddogion cymorth cyntaf a staff arlwyo):

I consent to the Urdd holding and using the medical/health information provided on this form for the purposes set out below (including sharing the medical/health information with any individuals involved in the provision of the activity or course, medical professionals, first aiders and catering staff):

- 1. i asesu addasrwydd i gymryd rhan yn y gweithgaredd/cwrs/taith dan sylw;
- 2. er mwyn galluogi i'r Urdd i addasu'r weithgaredd/cwrs/taith priodol lle y gallai hyn fod yn ofynnol;
- 3. i fod yn ymwybodol ac ymateb i unrhyw alergeddau;
- 4. er mwyn sicrhau iechyd a diogelwch yr holl gyfranogwyr.

- 1. To assess suitability to take part in the activity/course/trip in question;
- 2. To enable the Urdd to adapt/adjust the activity/course/trip appropriately where this may be required;
- 3. To accommodate/be aware of any allergies;
- 4. To ensure the health and safety of all participants.

Cedwir y wybodaeth feddygol/iechyd a ddarparwyd ar y ffurflen hon drwy gydol cyfnod y weithgaredd/cwrs. Fodd bynnag, os bydd damwain neu ddigwyddiad byddwn yn cadw'r manylion meddygol/iechyd ac unrhyw wybodaeth berthnasol ychwanegol a gofnodwyd mewn perthynas â damweiniau/digwyddiadau am gyfnod o 3 blynedd wedi i'r unigolyn gyrraedd eu 18fed pen-blwydd.

The medical/health information provided on this form will be held for the duration of the activity/activities/course and for a period of up to 3 months thereafter. However, in the event of an accident or incident the medical/health information and any additional relevant information recorded in relation to the accident/incident will be held for a period of 3 years after the participant in question reaches their 18th birthday.

(ii)

Rwy'n cytuno i aelod o staff yr Urdd ddarparu triniaeth/meddyginiaeth 'syml' i'r Unigolyn e.e. plastr, paracetamol, eli antiseptig, eli at brathiadau gan bryfed, eli i leddfau llosg haul.

I consent to an Urdd member of staff providing the participant with 'simple' treatment/medication e.g. a plaster, paracetamol, antiseptic cream, insect bite relief cream, cream to relieve sunburn.

(iii)

Rwy'n caniatáu unrhyw driniaeth argyfwng angenrheidiol. Rwyf drwy hyn yn awdurdodi arweinydd yr Urdd ar y cwrs/daith i arwyddo, ar fy rhan, unrhyw ffurflen ganiatâd ysgrifenedig sydd ei hangen ar awdurdodau'r ysbyty pe byddai angen triniaeth feddygol angenrheidiol mewn argyfwng (triniaeth lawfeddygol neu chwistrelliad), ar yr amod y byddai oedi cyn derbyn fy llofnod, ym marn y meddyg neu'r llawfeddyg yn debygol o beryglu bywyd, iechyd neu lles yr Unigolyn.

I consent to any emergency treatment necessary. I hereby authorise the Urdd party leader to sign, on my behalf, any written form of consent required by the hospital authorities should emergency medical treatment (a surgical operation or injection) be deemed necessary, provided that any delay in obtaining my signature might be considered, in the opinion of the doctor or surgeon concerned, likely to endanger the participant's life, health or wellbeing.

Llofnod _____ Signature

Dyddiad _____ Date

Sylwadau neu Manylion Pellach

Comments or Additional Information
