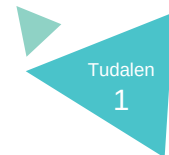




Atodiad Ffurflen Iechyd - COVID-19 - Urdd Gobaith Cymru

Health Form Attachment - COVID-19 - Urdd Gobaith Cymru



Bydd presenoldeb y cyfranogwr i'r gweithgaredd yn cadarnhau bod y wybodaeth a ddarperir isod yn parhau i fod yn gywir.
Attendance of the participant to the activity will confirm that the information provided below remains accurate.

CANIATÂD MEDDYGHOL: RHINI / UNIGOLYN

MEDICAL CONSENT: PARENTAL / INDIVIDUAL

1	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. Rwy'n cytuno i'r Urdd gadw a defnyddio'r wybodaeth feddygol/iechyd a ddarperir ar y ffurflen hon at y dibenion a nodir isod (gan gynnwys rhannu gwybodaeth feddygol/iechyd gydag unrhyw unigolion sy'n darparu gweithgaredd neu gwrs, gweithwyr meddygol proffesiynol, swyddogion cymorth cyntaf a staff arlwy): 1. i asesu addasrwydd i gymryd rhan yn y gweithgaredd/ cwrs/taith dan sylw; 2. er mwyn galluogi yr Urdd i addasu'r gweithgaredd/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. Cedwir y wybodaeth feddygol/iechyd a ddarparwyd ar y ffurflen hon drwy gydol cyfnod y gweithgaredd/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
2	Rwy'n cytuno i aelod o staff yr Urdd ddarparu triniaeth/ meddyginiaeth 'syml' i'r Unigolyn e.e. plastr, paracetamol, eli antiseptig, eli at frathiadau gan bryfed, eli i leddfu llosg haul, gwrth-histamin.
3	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.



Atodiad Ffurflen Iechyd - COVID-19 - Urdd Gobaith Cymru

Health Form Attachment - COVID-19 - Urdd Gobaith Cymru



Bydd presenoldeb y cyfranogwr i'r gweithgaredd yn cadarnhau bod y wybodaeth a ddarperir isod yn parhau i fod yn gywir.
Attendance of the participant to the activity will confirm that the information provided below remains accurate.

CANIATÂD MEDDYGHOL: RHINI / UNIGOLYN

MEDICAL CONSENT: PARENTAL / INDIVIDUAL

1	<i>I understand that the staff responsible for the activities will take all reasonable care of participants.</i> <i>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):</i> <i>To assess suitability to take part in the activity/course/trip in question;</i> <i>To enable the Urdd to adapt/adjust the activity/course/ trip appropriately where this may be required;</i> <i>To accommodate/be aware of any allergies;</i> <i>To ensure the health and safety of all participants.</i> <i>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.</i>
2	<i>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, anti- histamin</i>
3	<i>I consent to any emergency treatment necessary.</i> <i>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</i>