



# FFURFLEN IECHYD A CHANIATÂD / HEALTH AND CONSENT FORM

## CYFRINACHOL / CONFIDENTIAL

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.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Enw'r Unigolyn<br>Name of Participant   |   |
|   | Oed a Dyddiad Geni<br>Age and Date of Birth   | Ysgol/ School<br>Blwyddyn Ysgol/<br>School Year |
|   | Gweithgaredd/Taith/Cwrs<br>Activity/Course/Trip   |   |
| 2 | Lleoliad y Weithgaredd/Daith/Cwrs<br>Location of Activity/Course/Trip   |   |
| 3 | Dyddiad y Weithgaredd/Daith/Cwrs<br>Date of Activity/Course/Trip  |   |
| 4 | Rhif aelodaeth yr Urdd - Urdd membership number   |   |
| 5 | Cyfeiriad - Address   | Côd Post<br>Post Code                           |
| 6 | Rhifau Ffôn Cyswllt - Contact Telephone Numbers   |   |
| 7 | Cangen/Ysgol/Grŵp - School/Group/Organisation   |   |
| 8 | E-bost Cyswllt - Contact E-mail   |   |
| 9 | Enw Rhiant / Gwarchodwr (os yw'r Unigolyn dan 18) a pherthynas i'r Unigolyn<br>Name of Parent / Guardian (if the Participant is under 18) and relationship to the Participant |   |
| 9 | Cyswllt argyfwng ychwanegol a rhifau ffôn yn ystod y Weithgaredd/Cwrs/Daith<br>Alternative emergency contact and telephone no. during the Activity/Course/Trip                |   |

### CANIATÂD RHIENI / UNIGOLYN

- Rwyf yn cytuno i'r Unigolyn a enwir uchod i gymryd rhan yn y gweithgareddau uchod/fynychu'r Daith/Cwrs a'r gweithgareddau cysylltiedig.
- Deallaf y gallai'r Urdd gymryd lluniau a/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, Instagram ac/neu unrhyw gyfrifon cyfryngau cymdeithasol eraill a ddefnyddiwn o bryd i'w gilydd a/neu yn rhan o ddeunydd hyrwyddo neu farchnata cyffredinol yr Urdd.
- 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.

### PARENTAL / INDIVIDUAL CONSENT

- I consent to the individual named above as participant taking part in the above activity/attending the Course/Trip and related activities.
- 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, Instagram 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.
- Please tick this box if you agree to Urdd Gobaith Cymru ("Urdd") retaining your contact details in order to contact you via e-mail with information about our events, courses and activities.

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



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

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

Enw'r Unigolyn / Name of Participant ----- Dyddiad Geni / Date of Birth -----

|           |  |                           |   |
|-----------|--|---------------------------|---|
| <b>A</b>  | <b>A fu gan yr unigolyn, hyd y gwyddoch, gysylltiad ag unrhyw afiechydon heintus yn ystod y tair wythnos diwethaf?</b><br>Has the participant, to your knowledge, been in contact with any infectious illness during the last three weeks?   | DO / NADDO<br>YES / NO    | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>B</b>  | <b>Ydy'r unigolyn yn dioddef o gyflwr meddygol e.e. diabetes, meigrin, asthma, epilepsi neu unrhyw salwch neu anabled all gall fod yn berthnasol neu all amharu ar yr Unigolyn wrth gymryd rhan yn y gweithgaredd/cwrs?</b><br>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? | YDY / NAC YDY<br>YES / NO | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>C</b>  | <b>Ydych chi'n ystyried bod gyda'r unigolyn anghenion ychwanegol?</b><br>Do you consider the participant to have any additional needs?<br><i>Plis ticiwch / Please tick</i>  | YDW / NAC YDW<br>YES / NO | <i>Manylion pellach / Further details</i>     |
|           | <input type="checkbox"/> <b>Corfforol (cadair olwyn) / Physical (wheelchair user)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Corfforol (dim cadair olwyn) / Physical (ambulant)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Nam ar y Golwg / Visual Impairment</b><br><input type="checkbox"/> <b>Nam ar y Clyw / Hearing Impairment</b><br><input type="checkbox"/> <b>Anghenion Dysgu Pellach / Additional learning needs</b>                             |                           |   |
| <b>Ch</b> | <b>Oes gan yr Unigolyn alergedd neu sensitifrwydd at unrhyw beth (e.e. anifeiliaid, gwrthfotig, penisilin plastrau, aspirin neu unrhyw feddyginiaeth ayyb)?</b><br>Is the participant allergic or intolerant to anything (e.g. animals, antibiotics, penicillin, plasters, aspirin or any such medicines etc.?)  | OES / NAC OES<br>YES / NO | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>D</b>  | <b>Ydy'r unigolyn yn dioddef o unrhyw gyflwr iechyd meddwl neu ag anghenion addysgol neu gyflwr ymddygiad?</b><br>Does the participant suffer from any mental health conditions or have any educational needs or behavioural conditions?   | YDY / NAC YDY<br>YES / NO | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>Dd</b> | <b>Ydy'r unigolyn yn derbyn triniaeth feddygol ar hyn o bryd?</b><br>Is the participant receiving any medical treatment at present?  | YDY / NAC YDY<br>YES / NO | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>E</b>  | <b>Dyddiad chwistrelliad gwrth tetanus diethaf?</b><br>Date of last anti-tetanus injection.  |                           |   |
| <b>F</b>  | <b>A oes anghenion deietegol penodol neu alergeddau gan yr unigolyn?</b><br>Does the participant have any specific dietary requirements or allergies?  | OES / NAC OES<br>YES / NO | <i>Rhowch fanylion / If yes, give details</i> |
| <b>Ff</b> | <b>Ydy'r unigolyn yn gallu nofio'n hyderus?</b><br>Is the participant a confident swimmer?   | YDY / NAC YDY<br>YES / NO |   |
| <b>G</b>  | <b>Enw, cyfeiriad a rhif ffôn meddyg yr Unigolyn.</b><br>Name, address and contact number of participant's doctor.   |                           |   |

**CANIATÂD RHINIEN/ UNIGOLYN**

**PARENTAL/ INDIVIDUAL CONSENT**

**(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 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 arlwygo):

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 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.

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 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.

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 frathiadau gan bryfed, eli i leddfu llosg haul, gwrth-histamin.

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.

**(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 Fanylion Pellach / Comments or Additional Information**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....