

## CLWB MYNYDDA CYMRU

### FFURFLEN CANIATÂD RHIANT / GWARCHCHEIDWAD

Bydd angen cwblhau'r ffurflen gan riant / gwarcheidwad ar ran unigolyn ifanc o dan 18 oed cyn cymryd rhan mewn gweithgareddau sy'n cael eu trefnu gan **Glwb Mynydda Cymru**. Dydy datgan unrhyw broblemau meddygol ddim yn golygu y bydd yr unigolyn yn cael ei wrthod rhag mynychu gweithgaredd. Bydd unigolyn o dan 18 oed, sydd heb gwblhau y ffurflen hon, yn cael ei wrthod rhag ymgymryd ag unrhyw weithgareddau.

Enw llawn yr unigolyn: ..... Oed: ..... Dyddiad Geni: .... /.... /....  
Rhyw: ..... Ysgol / Grŵp: ..... Dyddiad(au) y gweithgarwch: .....  
Cytunaf i (enw) ..... gymryd rhan mewn gweithgareddau a chytunaf fod angen iddo /  
iddi ymddwyn mewn ffordd gyfrifol.

#### Gwybodaeth feddygol am yr unigolyn:

1. Unrhyw gyflwr meddygol sydd angen triniaeth gan gynnwys unrhyw feddyginiaeth? OES / NAC OES  
(Os OES, rhowch fanylion): .....
2. Nodwch y math o feddyginiaeth a fyddai'n addas i'ch unigolyn ifanc pe bai angen:  
.....
3. Hyd y gwyddoch a fu eich unigolyn ifanc mewn cysylltiad ag unrhyw glefydau heintus neu wedi dioddef o  
unrhyw afiechyd a allai fod yn heintus? DO / NADDO  
(Os DO, rhowch fanylion): .....
4. A oes gan eich unigolyn ifanc unrhyw alergedd i feddyginiaeth, e.e. plaster, paracetamol? OES / NAC OES  
(Os OES, rhowch fanylion): .....
5. Pryd cafodd eich plentyn bigiad tetanws diwethaf? .....

O bryd i'w gilydd, byddwn yn tynnu llun unigolion wrth eu gweithgareddau. Er mwyn codi ymwybyddiaeth o weithgareddau Clwb Mynydda Cymru / Partneriaeth Gweithgareddau Awyr Agored Gogledd Orllewin Cymru yn unig y bydd y lluniau yn cael eu tynnu ac nid ar gyfer unrhyw ddefnydd arall.

**DATGANIAD:** Byddaf yn hysbysu Clwb Mynydda Cymru [ymholiadau@clwbmynyddacymru.com](mailto:ymholiadau@clwbmynyddacymru.com) neu Arweinydd y grŵp o unrhyw newidiadau i'r wybodaeth a ddatgelwyd uchod rhwng dyddiad llenwi'r ffurflen hon a dyddiad cychwyn y gweithgareddau.

Cytunaf i'm unigolyn ifanc dderbyn meddyginiaeth yn ôl yr angen ac unrhyw driniaeth feddygol brys, gan gynnwys anesthetig neu drallwysiad gwaed yn ôl barn broffesiynol awdurdodau meddygol perthnasol.

#### RHIFAU FFÔN CYSWLLT:

Perthynas agosaf: .....  
Gwaith: ..... Adref: ..... Symudol: .....  
Cyfeiriad: ..... Côt Post: .....

**Cyswllt arall mewn argyfwng:** Enw: .....

Gwaith: ..... Adref: ..... Symudol: .....  
Cyfeiriad: ..... Côt Post: .....

Enw Meddyg Teulu: ..... Ffôn: .....  
Cyfeiriad: ..... Côt Post: .....

Arwyddwyd: ..... Dyddiedig: .... /.... /....

ENW LLAWN (llythrennau bras) .....

**Rhaid cyflwyno'r ffurflen hon i arweinydd y daith ar ran Clwb Mynydda Cymru. Bydd y Clwb yn anfon manylion llawn am ei gweithgareddau at yr unigolyn ifanc ar ôl y daith gyntaf.**