



**GWYBODAETH FEDDYGOL  
MEDICAL INFORMATION**

Llenwch **1** ffurflen ar gyfer **BOB** plentyn o.g.y.dda.

Please complete **1** form for **each** child.

Enw'r plentyn/ Name of child \_\_\_\_\_

Blwyddyn \_\_\_\_\_

ASTHMA	Ydi/Oes Yes	Nac ydi/ Nac oes No
Mae fy mhlentyn yn dioddef o ASTHMA. My child suffers from ASTHMA.		
Mae gan fy mhlentyn bwmp asthma yn yr ysgol <b>ac</b> un gartref. My child has an asthma pump at school <b>and</b> at home.		
Rydw i wedi gwirio bod dyddiadau y pypmiau yn gywir. I have checked that the dates on the asthma pumps are correct.		
<b>Arwyddwyd / Signed:</b> _____		

ASTHMA	Oes/ yes	Nac oes/ No
Mae fy mhlentyn o dan law Ymgynghorydd asthma My child has an Asthma Consultant.		
Mae gan fy mhlentyn "Gynllun Gofal" or ysbyty/meddyg (Asthma) My child has a "Care Plan" from the hospital/G.P. (Asthma)		

**GWYBODAETH FEDDYGOL ARAILL / OTHER MEDICAL INFORMATION**

Mae fy mhlentyn o dan law Ymgynghorydd oherwydd  
My child is under the supervision of a Consultant for:- \_\_\_\_\_

Eglurwch ( Please specify):-

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_