



**YN GYFRINACHOL**  
**CLWB CHWARAEON A GWEITHGAREDDAU SIR GAERFYRDDIN I'R**  
**ANABL**

*Rydym am i chi fwynhau'r amser rydych yn ei dreulio yng Nghlybiau Chwaraeon a Gweithgareddau Sir Gaerfyddin i'r Anabl gan wybod yn hyderus pe digwydd argyfwng meddygol, gallai staff y Clwb gynnig cymorth priodol yn gyflym.*

*Gan gofio hyn, byddwn yn eich annog i ymgynghori â'ch Meddyg Teulu yn gyntaf, cyn cymryd rhan yn y chwaraeon a defnyddio'r cyfleusterau ymarfer corff, er mwyn iddo/iddi wybod am eich bwriadau.*

*Er ein bod yn sicr y byddwch yn mwynhau eich profiadau ac yn edrych ymlaen at eich ymweliadau yn y dyfodol agos, hoffem ofyn i chi gwblhau'r ffurflen hon fel y gallwn gasglu gwybodaeth bwysig.*

*Rydym yn deall bod y wybodaeth a geisir yn gyfrinachol, ond hoffem eich sicrhau y byddwn yn ymdrin â'r manylion yn gynnil ac yn dringar. Byddwn yn defnyddio eich gwybodaeth bersonol mewn argyfwng meddygol yn unig a dim ond i hysbysu'r parameddygon neu staff yr ysbyty, os bydd angen eich cyfeirio yno yn gyflym.*

*Yn nodweddiadol, mae angen gwybod a ydych yn ddiabetig, ayb., neu a oes angen rhoi meddyginiaeth benodol ar gyfer unrhyw anhwylder ac os felly, y feddyginiaeth bresennol a faint a ragnodir. Os bydd eich meddyginiaeth neu'r maint yn newid rydym am i chi roi gwybod inni.*

*Rwy'n hyderu eich bod yn deall pam yr ydym yn gofyn am y wybodaeth hon gan fod eich lles o'r pwys mwyaf.*

**MR/MRS/MISS/MS (Please circle as appropriate)**

**Name :-**

**ADDRESS :-**

**POSTCODE**

**DATE OF BIRTH**

**EMERGENCY CONTACTS**

**(1) Name**

**Telephone Number**

**(2) Name**

**Telephone Number**

<b><u>NATURE OF DISABILITY AND ANY ILLNESS</u></b>		
<b><u>MOBILITY INFORMATION eg Wheelchair User, uses walking frame etc</u></b>		
<b><u>NAME OF G.P :-</u></b>		
<b><u>ADDRESS OF G.P :-</u></b>		
<b><u>TELEPHONE NO</u></b>		
<b><u>PLEASE PROVIDE A PRINT OUT FROM YOUR G.P OF MEDICATION TAKEN AND INFORM OF ANY CHANGES A.S.A.P( In case an ambulance has to be called . This will help the paramedics and/ or hospital.)</u></b>		
<b><u>SPECIAL CONSIDERATION- INFORMATION FOR STAFF FOR FIRST AID, PERSONAL HYGIENE ETC :-</u></b>		
<b><u>SPECIAL DIETARY REQUIREMENTS :-</u></b>		
<b><u>ACTIVITIES OF SPECIAL INTEREST :-</u></b>		
<b><u>SIGNED :-</u></b>		<b><u>DATE :-</u></b>
<b><u>DESIGNATION :-</u></b>		

*Is - Adran Hamdden*  
***Amser Hamdden***