

PRIMARY SCHOOL FREE BREAKFAST

Please complete and return to the school.

Child's name:				Class:	
Attendance					
Please indicate which days your child will be attending the breakfast session					
Mon	Tue	Wed	Thurs	Fri	
Special Dietary requirements					
Does your child have any food allergies/intolerance?				YES	NO
If yes, please provide details					
Other Information					
Please provide details of any other information you feel relevant to your child's attendance at the breakfast session					
Contact details in case of an emergency					
Name			Phone number		
Relationship to child					
Name			Phone number		
Relationship to child					
I confirm that I would like my child to attend the breakfast sessions when they start					
Signature of parent/guardian:					
Date					

BRECWAST AM DDIM MEWN YSGOL GYNRADD

Llenwch a dychwelwch y ffurflen hon i'r ysgol erbyn

Enw'r plentyn:		Dosbarth:		
Presenoldeb				
Nodwch ar ba ddiwrnodau y bydd eich plentyn yn dod i'r sesiynau brechwast am ddim				
Llun	Maw	Mer	Iau	Gwe
Gofynion dietegol arbennig				
Oes gan eich plentyn unrhyw alergedd/anallu i ddygymod/gofynion neu ddefodau crefyddol penodol ynglŷn â bwyd? (Ticiwch os gwelwch yn dda)			Oes	Nac oes
Os oes, rhowch fanylion:				
Gwybodaeth arall				
Nodwch unrhyw wybodaeth arall y credwch sy'n berthnasol i bresenoldeb eich plentyn yn y sesiynau brechwast am ddim				
Manylion personau cyswllt mewn argyfwng				
Enw:		Rhif ffôn:		
Ei berthynas â'r plentyn:				
Enw:		Rhif ffôn:		
Ei berthynas â'r plentyn:				
Rwyf yn cadarnhau yr hoffwn i'm plentyn/plant ddod i'r sesiynau brechwast am ddim pan fydd(ant) yn (dechrau yn)/(dychwelyd i) yr ysgol.				
Llofnod y rhiant/gofalwr:			Dyddiad:	