



Clwb Brecwast Ysgol Gymraeg y Fenni

Enw'r plentyn:				Dosbarth:	
Yn bresennol					
Nodwch pa ddyddiau y bydd eich plentyn yn mynychu'r sesiwn					
Llun		Mawrth		Mercher	
Iau		Gwener			
Gofynion Deietegol Arbennig:					
Oes gan eich plentyn unrhyw alergedd / annoddefiad bwyd?					
OES / NAC OES					
Os Oes, nodwch y manylion					
Gwybodaeth arall					
Rhowch fanylion am unrhyw wybodaeth arall y teimlwch sy'n berthnasol i bresenoldeb eich plentyn yn y sesiwn brecwast.					
Manylion cyswllt mew nachos o argyfwng					
Enw:			Rhif ffôn:		
Perthynas â'r plentyn:					
Enw:			Rhif ffôn:		
Perthynas â'r plentyn:					
Hoffwn i fy mhleintyn fynychu'r sesiynau brecwast pan fyddant yn dechrau.					
Llofnod Rhiant / Gwarcheidwad:					
Dyddiad:					



Clwb Brecwast Ysgol Gymraeg y Fenni

Child's Name:				Class:			
Attendance:							
Please indicate which days your child will be attending the breakfast club.							
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday			
Special Dietary Requirements							
Does your child have any food allergies / intolerance?				<input type="checkbox"/>	Yes	No	<input type="checkbox"/>
If yes, please provide details:							
Other Information:							
Please provide details of any other information you feel may be relevant to your child's attendance at the breakfast club.							
Contact details in case of an emergency							
Name:			Telephone Number:				
Relationship to child							
Name:			Telephone Number:				
Relationship to child							
I confirm that I would like my child to attend the breakfast club.							
Signature of parent / guardian:							
Date:							

