



REGISTRATION FORM FFURFLEN COFRESTRU

CONFIDENTIAL - for Run Leaders information only
CYFRINACHOL - at bwrpas yr Arweinwyr yn unig

PLEASE PRINT IN BLOCK CAPITAL LETTERS
I'W GWBLHAU GAN DDEFNYDDIO PRIF LYTHRENAU

Name/Enw: Date of Birth/Dyddiad Geni:

Address/Cyfeiriad:

Postcode/Cod Post:

Home Tel No/Rhif Ffôn: Mobile/Ffôn Symudol:

Email Address/E-bost:

Emergency Contact Name/Cyswllt mewn Argyfwng:

Relationship/Perthynas:

Emergency Contact Tel 1/Rhif Ffôn mewn argyfwng 1:

Emergency Contact Tel 2/Rhif Ffôn mewn argyfwng 2:

Doctor Name/Enw Dr: Doctor Surgery/Y Feddygfa:

What are your exercise experiences (current/previous)?

Beth yw eich profiad o ymarfer corff (presennol/blaenorol)?

Do you currently exercise 3 or more times per week? Yes No

Ydych chi'n ymarfer 3 gwaith neu fwy yr wythnos? Ydw Nac Ydw

What are your main reasons or goals for participating in running?

Beth yw eich prif reswymau dros gymryd rhan yn y gweithgaredd hon?

Physical Health Social Activity Training

Iechyd Corfforol Gweithgaredd Cymdeithasol Ymaref

Other (please state) Arall

Have you been told by your doctor that you suffer from any of any other the following?
A yw eich meddyg wedi dweud wythych eich bod yn dioddef o unrhywun o'r cyflyrau canlynol?

Please circle yes/no as appropriate/Rhowch gylch ble'n briodol::

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Bone or joint problems brought on or aggravated by exercise | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 2. High blood pressure / Pwysedd Gwaed Uchel | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 3. Low blood pressure / Pwysedd Gwaed Isel | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes / Clefyd Siwgr | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 5. High cholesterol / Colesterol Uchel | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 6. Heart condition / Cyflwr Calon | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever suffered from unusual shortness of breath when resting or with mild exertion?

Ydych chi wedi dioddef o unrhyw anhwylostod gydag eich anadl wrth orffwys, neu yn ystod unrhyw ymdrech ysgafn? | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 8. Is there any family History of Coronary Heart Disease?
A oes unrhyw hanes o glefyd coronaidd y galon? | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 9. Do you often feel faint, have spells of dizziness or have lost consciousness?
Ydych chi'n dioddef o penysgafnder neu gyfnodau ble rydych yn anymwybodol? | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do you know of any reasons why you should not participate in a running/physical activity programme?

Ydych chi'n ymwybodol o unrhyw reswm pan na ddylai chi ymgymryd mewn gweithgaredd corfforol? | Y | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |

If you suffer from Asthma: Please ensure you carry your inhaler with you at all times.
Os ydych yn dioddef o Asthma: Sicrhewch fod eich pwmp gyda chi trwy gydol y gweithgaredd.

DECLARATION/DATGANIAD:

Running group leaders are qualified leaders and are willing to share their experience and enjoyment of the sport with me. I can confirm that I understand that my participation in this group is entirely at my own risk and should consult my doctor if suffering from any condition that make running injurious to my health. I am aware that I must feel well prior to each session and will notify the leaders should I feel unwell at any time during the session. I understand that my participation and safety are my responsibility.

Mae arweinwyr grwpiau rhedeg yn arweinwyr cymwysedig ac yn barod i rannu eu profiad a'u mwynhad o'r gamp gyda mi. Gallaf gadarnhau fy mod yn deall bod fy nghyfranogiad yn y grŵp hwn yn gyfrifoldeb i mi fy hun a dylwn ymgynghori fy meddyg os ydw i'n dioddef o unrhyw gyflwr gall fod yn niweidiol i'm iechyd os byddwn i redeg. Yr wyf yn ymwybodol bod yn rhaid i mi deimlo'n dda cyn pob sesiwn a byddwn yn rhoi gwybod i'r arweinwyr os yw'n teimlo'n sâl ar unrhyw adeg yn ystod y sesiwn. Rwy'n deall bod fy nghyfranogiad a fy niogelwch yn gyfrifoldeb i mi fy hun yn unig.

SIGNED/Arwyddo:

DATE/Dyddiad:

SIGNED BY ACCOMPANYING ADULT (If under 18yrs) /Arwyddwyd gan oedolyn (os o dan 18 mlwydd oed):