Summer Academic Enrichment Program 2024

En asociación con el Distrito Escolar de East Windsor

Aplicación para Kinder a Grado 8

El verano se acerca pronto y Rise se está preparando para el Programa de Enriquecimiento Académico de Verano. Rise Summer Camp ofrece a los padres la oportunidad de involucrar a sus hijos en actividades académicas de verano, mientras disfruta de actividades recreativas y viajes a la playa. **Debido a Covid-19, continuaremos cumpliendo con nuestros altos estándares de limpieza para garantizar la seguridad y el bienestar de nuestros campistas y personal mientras seguimos todas las pautas de los CDC.** *Rise Summer Camp tiene licencia del Departamento de Salud del Estado de NJ.*

Cuándo: del 1 de julio al 9 de agosto
Dónde: (TBD)
Hora: 8:30 a.m. - 4:00 p.m.
Edades: 5-17
Matrícula: basado en el ingreso familiar
Desayuno & Almuerzo: gratis (lunes a jueves)

Venga a conocer al consejero de su hijo y todo nuestro personal del campamento el **jueves 27 de junio de 2024** en la escuela (TBD) . **La orientación de los padres también tomara lugar esa noche.**
Orientación en ingles de 4:30 pm a 5:30 pm.
Orientación en español de 5:30 pm a 6:30 pm.

*Más una tarifa de aplicación no reembolsable de $25 y una camiseta del campamento de $15.
La fecha límite para la inscripción en el campamento es el 3 de junio de 2024.

Ingresos familiares (Basado en el nivel de pobreza federal)	Tarifas de inscripción* y matrícula	
	Precio (por niño/a)	Precio por niño/a adicional
125%	$660	$610
185%	$951	$901
200%	$1,278	$1,228
400%	$2,463	$2,413

Por favor traiga todos los documentos requeridos al momento de registrarse. Todos los formularios deben completarse y firmarse. *El costo de la matrícula debe pagarse en su totalidad al momento de la inscripción, excepto si se solicita un plan de pago. **Hable con un administrador de casos sobre los términos y condiciones.**

Tenga en cuenta

¡Su hijo NO se considerará inscrito en el campamento hasta que se cumplan TODOS los requisitos!

Nivel De Pobreza Federal	Tamaño de la familia 2 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 3 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 4 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 5 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 6 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 7 Máximo Ingresos anuales	Tamaño de la familia 8 Máximo Ingresos anuales	Para cada miembro adicional añada:
125%	$24,650	$31,075	$37,500	$43,925	$50,350	$56,775	$63,200	$6,425
185%	$36,482	$45,991	$55,500	$65,009	$74,518	$84,027	$93,536	$9,509
200%	$39,440	$49,720	$60,000	$70,280	$80,560	$90,840	$101,120	$10,280
400%	$92,150	$112,710	$133,270	$153,830	$174,390	$194,950	$215,510	$20,560

Términos y condiciones del plan de pago

En un esfuerzo por ayudar a nuestras familias en dificultades, Rise ahora ofrece un plan de pago como se indica a continuación:

- El primer pago debe ser al menos 1/3 del costo total y debe hacerse en el momento de la inscripción.
- El saldo restante se dividirá en 2 pagos adicionales.
- Los pagos NO PUEDEN programarse con más de 3 semanas de diferencia.

El costo total de asistir al campamento debe pagarse en su totalidad antes del 28 de junio de 2024. Tenga en cuenta que su hijo no se considerará inscrito hasta que se realice el pago completo. Si se ha perdido la fecha límite para su pago programado, corre el riesgo de perder la inscripción de su hijo. **Hay un cargo adicional de $35 por cada cheque devuelto.**

Costo total de la matrícula:_____

Fecha Programada	Monto Programado	Fecha de Pago	Cantidad Pagada	Saldo Adeudado	Firma

Yo,_____, padre/tutor de _____comprende y acepta los términos y condiciones establecidos anteriormente.

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

219 Franklin Street - P.O. Box 88 - Hightstown, NJ 08520 - Phone: 609-443-4464 - Fax: 609-443-3867 - www.njrise.org

Summer Academic Enrichment Program 2024

Aplicación

Por favor, imprima claramente: (toda la información es confidencial)

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION DE CASA

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	¿SU HIJO/A ASISTIO PREVIAMENTE A NUESTRO CAMPAMENTO? (POR FAVOR ELIJA)
		◯ 2022 ◯ 2023 ◯ NO HA ASISTIDO

FECHA DE NACIMIENTO	GENERO (POR FAVOR ELIJA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO/A (OPCIONAL)
	◯ MUJER ◯ HOMBRE	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __

ETNICIDAD

POR FAVOR ELIJA

◯ BLANCO/AMERICANO ◯ LATINO ◯ ASIÁTICO DEL SUR (INDIA, PAKISTAN)
◯ AFROAMERICANO ◯ MULTIÉTNICO ◯ ASIÁTICO DEL ESTE (CHINESE, VIETNAMESE, KOREAN, JAPANESE) ◯ OTRO:_____

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES - Imprima de forma legible y complete todas las secciones

POR FAVOR ELIJA

◯ FAMILIA DE UN PADRE/MADRE ◯ FAMILIA DE DOS PADRES

NOMBRE (MADRE)

NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

NOMBRE (PADRE)

NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO DE PADRES/TUTORES

INGRESOS BRUTOS TOTALES DE LOS PADRES

INGRESO DE PADRES: $_____ POR FAVOR ELIJA UNO ◯ SEMANAL ◯ QUINCENAL ◯ MENSUAL

FUENTES DE INGRESO:

◯ EMPLEADO ◯ SSI/SSD ◯ TANF ◯ PENSIÓN
◯ DESEMPLEADO ◯ SEGURO SOCIAL ◯ DISCAPACIDAD ◯ ASISTENCIA GENERAL ◯ OTRO:_____

Bajo pena de perjurio, certifico a mi leal saber y entender, que las declaraciones anteriores son verdaderas.

Firma del padre/guardian Fecha

Firma del administrador del caso Fecha

Envíe la solicitud por correo electrónico a Maitiel Jimenez (Senior Case Manager) a mjimenez@njrise.org o para más información llame al 609-443-4464.

FOR OFFICE USE ONLY

SUMMER CAMP CHECK LIST	DATE COMPLETED:
◯ Application Complete	
◯ Medical Form Complete	
◯ Copy of Vaccinations	
◯ Lunch Form Complete	
◯ Copy of Family Income	
◯ Copy of Camper's Social Security Card	
◯ Copy of Birth Certificate	
◯ Copy of Final Report Card	
◯ Copy of Camper's Insurance Card	
◯ Registration Paid	
◯ T-Shirt Size	

RISE SUMMER ACADEMIC ENRICHMENT PROGRAM 2024 - APLICACÍON PARA KINDER A GRADO 8

En asociación con el Distrito Escolar Regional de East Windsor

Foto Requerida

Para procesar esta aplicación, se debe adjuntar una foto del niño/a.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE: Por favor imprima de forma legible y complete todas las secciones

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER VERANO CON RISE?
			SI ◯ NO ◯

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO (ESCOJA UNO)	GRADO (ENTRANDO EN OTOÑO DE 2024)
		◯ MUJER ◯ HOMBRE	

TAMAÑO DE LA CAMISETA (ESCOJA UNO)

Joven: ◯ XS ◯ SM ◯ MED ◯ LG o Adulto: ◯ SM ◯ MED ◯ LG ◯ XL ◯ XXL ◯ XXXL

INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES - IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE Y COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

NOMBRE (MADRE)

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO	LA MEJOR MANERA DE PONERSE EN CONTACTO CON USTED? (ESCOJA UNO)
	◯ TELÉFONO DE CASA ◯ TELÉFONO MÓVIL ◯ CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE (PADRE)

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO	LA MEJOR MANERA DE PONERSE EN CONTACTO CON USTED? (ESCOJA UNO)
	◯ TELÉFONO DE CASA ◯ TELÉFONO MÓVIL ◯ CORREO ELECTRÓNICO

CONTACTOS DE EMERGENCIA: indique el nombre y la información de contacto de dos personas que puedan ser contactadas en caso de emergencia si los padres / tutores no están disponibles.

NOMBRE/RELACIÓN: debe estar disponible entre las 8:00am y las 4:30pm	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA
NOMBRE/RELACIÓN: debe estar disponible entre las 8:00am y las 4:30pm	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

AUTORIZACIONES PARA RECOGER A SUS HIJOS

Además de los padres, SÓLO aquellos en la lista a continuación podrán recoger al niño/a en el campamento. (Se requiere una identificación con foto). Enumere tres personas adicionales autorizadas para recoger al niño/a. El/la padre/madre/tutor puede dar permiso por escrito para que una persona, que no está en esta lista, recoja al niño. Ningún niño será liberado sin un permiso por escrito. Si un padre sin custodia tiene denegado las visitas o tiene visitas limitadas por orden judicial, se debe entregar una copia de la orden a Rise y se debe archivar en el campamento.

NOMBRE / RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA
NOMBRE / RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA
NOMBRE / RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

¿TIENE SU HIJO PERMISO PARA CAMINAR A CASA?	TENGA EN CUENTA CUALQUIER ACTIVIDAD QUE SEA CULTURAL, RELIGIOSA O FILOSÓFICAMENTE INACEPTABLE PARA QUE SU HIJO PARTICIPE:
◯ SI ◯ NO	

INFORMACIÓN MEDICA

1. HAGA UNA LISTA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS/DE SALUD DE SU HIJO/A, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ALERGIAS, ETC.

2. ¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO TOMA SU HIJO/A? ¿PARA QUÉ SIRVE?

3. ¿TIENE SU HIJO/A ALGUNA NECESIDAD ESPECIAL (ES DECIR, DIAGNÓSTICO, EDUCACIÓN ESPECIAL, ETC.)?

4. ¿SU HIJO/A ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE COMIDA O MEDICAMENTO? - ¿SU HIJO/A REQUIERE UNA DIETA ESPECIAL?

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES:

_____ Los niños que necesitan medicamentos durante el día deben ser capaces de administrarlos ellos mismos. El personal no podrá administrar medicamentos a los niños ni tomar medicamentos para ellos. El padre suministrará el medicamento en su ENVASE ORIGINAL y una copia de la receta. El padre notificará al director de Rise Summer Camp inmediatamente de cualquier cambio.

_____ Además, estoy de acuerdo en divulgar por completo cualquier enfermedad o necesidad especial que mi hijo pueda tener.

_____ Entiendo que debo presentar los registros de vacunación antes del inicio del campamento.

CONTINUAR EN LA PARTE POSTERIOR

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y PERMISO

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA DECLARACIÓN

Por la presente inscribo a mi hijo/a,_____, en el Rise Summer Camp. Certifico que él/ella está sano y libre de problemas que podrían afectar negativamente su estadía o la de otros estudiantes en el Campamento de Verano.

_____ Otorgo permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades programadas del campamento, incluido el transporte en autobús (si corresponde), natación y excursiones (si corresponde), a menos que se indique lo contrario por escrito al Rise Summer Camp.

¿Cuál es el nivel de natación de su hijo? (Por favor escoja) ◯ No nadador ◯ Principiante ◯ Avanzado

_____ Doy permiso para que las imágenes de mi hijo/a, capturadas durante los eventos de Rise Summer Camp a través de video, fotografía, digital, electrónico o cualquier otro medio junto, con o sin su nombre y ciudad de origen, puedan ser utilizadas por Rise y Rise Summer Camp, material de promoción y publicaciones (incluida la publicación en los medios de comunicación), y renuncio a cualquier derecho de compensación o titularidad de los mismos.

Si quieres ver las actividades del campamento síguenos en Instagram @risesummercamp

_____ Otorgo a Rise Summer Camp y sus agentes la autoridad total para tomar cualquier acción que consideren necesaria con respecto a la salud y seguridad de mi hijo/a, y libero completamente al campamento de verano Rise de cualquier responsabilidad que exista dentro de él. En caso de una emergencia, entiendo que se harán intentos prudentes para contactar al suscrito de inmediato. Entiendo que las tarifas del campamento no incluyen seguro de salud y accidentes, y seré responsable de todos los cargos incurridos por el tratamiento médico oportuno.

_____ He leido y entiendo que mi hijo debe cumplir con las normas y estándares de conducta del campamento y que el campamento de verano Rise puede dar por terminada la participación de mi hijo en el programa del campamento si no mantiene estos estándares. Si un campista es despedido por un comportamiento inadecuado, las tarifas del campamento no son reembolsables.

_____ Leeré las políticas y procedimientos del campamento como se explica en el manual para padres correspondiente. Este folleto se proporcionará en la orientación para padres.

Indemnizo y libero de responsabilidad a Rise Summer Camp y sus empleados de cualquier accidente que pueda sufrir mi hijo/a como resultado de la participación en el Rise Summer Camp.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto el comunicado mencionado arriba y las políticas de Rise Summer Camp que he puesto las iniciales.

Nombre impreso	Firma del Padre / Tutor	Fecha

DOCUMENTOS REQUERIDOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN

___Aplicación Completa.
___Foto actual del niño/a (tamaño pasaporte, digital.)
___Prueba de vacunas.
___Certificado de nacimiento.
___Tarjeta de seguro médico.
___Las calificaciones de escuela más reciente.
___Comprobante de ingresos por 3 meses.
(Todos los miembros que viven en su residencia.)
___Costo de registración $25 no reembolsable.
___IEP o plan 504.
___El examen físico más reciente.

Si está solicitando asistencia financiera, por favor proporcione la siguiente documentación adicional:

___Comprobante de ingresos por 3 meses.
(Todos los miembros que viven en su residencia.)
___Prueba de direccion (Debe tener fecha actual.)
___Tarjeta de seguro social (optional.)
___Certificado de nacimiento.

2023-2024 SUMMER FOOD SERVICE PROGRAM

LETTER TO PARENTS

Dear Parent or Guardian:

The Summer Food Service Program, a federal program of the United States Department of Agriculture (USDA), provides nutritious meals to preschool and school age children during the summer months. In this program, all meals are served free. The opportunity for your child to receive nutritious meals and snacks from the Summer Food Service Program should not be missed. Sound nutrition plays an important role in a child's physical and educational development.

Eligibility: Your cooperation is vital to qualify your child for this program. Public Law 97-35 requires documentation of eligibility of children in certain types of Summer Food Service Programs. In order to be eligible for this funding, our program must maintain a record of family size and income of all participants. The Income Eligibility Scale for reduced price meals is included in this letter for your information. If your income is less than or equal to these reduced-price standards, your child is eligible for free meals from the Summer Food Service Program which means increased reimbursement for our program and increased nutritional benefits for your child.

July 1, 2023, to June 30, 2024

FAMILY SIZE/INCOME SCALE
FOR FREE MEALS
(As announced by the United States Department of Agriculture)

SCALE IS BASED ON GROSS INCOME BEFORE DEDUCTIONS

HOUSEHOLD SIZE	REDUCED PRICE MEALS		
	Annual	Monthly	Weekly
1	25,142	2,096	484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Each Additional Family Member	**+8,732**	**+728**	**+168**

A FOSTER CHILD who is the legal responsibility of the welfare agency or court may receive free Summer Food Service Program meals regardless of your household income. A FOSTER CHILD'S PERSONAL USE INCOME is defined as follows:

1. Funds received from a welfare agency which can be identified for personal use of the child. Where funds provided by the welfare agency are specified by agency, i.e., funds for shelter and care; special needs funds; and funds for personal needs such as clothing, school fees, allowances, etc., only those funds that can be identified as personal use funds shall be considered as income.

2. Money received in hand from any source. This includes, but is not limited to, funds received from trust accounts, monies provided by the child's family for personal use and earnings from employment other than occasional or part-time (e.g., paper routes, baby-sitting).

Write "0" if the FOSTER CHILD has no PERSONAL USE INCOME.

Nondiscrimination Statement: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) Mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410.

(2) Fax: (202) 690-7442; or

(3) Email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

_____
Signature of Sponsoring Organization Representative

2024 SUMMER FOOD SERVICE PROGRAM
ELIGIBILITY APPLICATION

PROGRAM NAME: _____

To apply for free meals for your child, parents must carefully complete, sign, and return this application to the program office by _____. An application should be returned for each child enrolled regardless of household income. If you need help with this form, please call this telephone number: _____.

1 **ENROLLMENT INFORMATION**

Name of Child: _____ **Age:** _____
Last Name First Name

2 **FOSTER CHILD: Complete this part and sign the application in Part 4. DO NOT complete Part 3A and 3B.**

If this is a foster child, check this box ☐. Write the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no income $_____.

3A **HOUSEHOLDS NOW GETTING SNAP OR TANF BENEFITS FOR THEIR CHILDREN – Complete this part and sign the application in Part 4 – DO NOT complete Part 3B.**

SNAP Case Number: _____ TANF Case Number: _____

3B **ALL OTHER HOUSEHOLDS – If you did not write a SNAP/TANF case number nor checked Foster Child, complete this part and sign the application in Part 4.**

NAMES		MONTHLY INCOME				
List the Names of Everyone in Your Household	No Income	MONTHLY Gross Earnings from Work (Before Deductions)		MONTHLY Welfare, Child Support, Alimony, Unemployment Benefits	MONTHLY Payments from Pensions, Retirement, Social Security	MONTHLY Any Other Income
		Job 1.	Job 2.			
1.		$	$	$	$	$
2.		$	$	$	$	$
3.		$	$	$	$	$
4.		$	$	$	$	$
5.		$	$	$	$	$
6.		$	$	$	$	$
7.		$	$	$	$	$
8.		$	$	$	$	$
9.		$	$	$	$	$

4 **SIGNATURE AND LAST FOUR DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER: An adult household member must sign the application before it can be approved.**

PENALTIES FOR MISREPRESENTATION: I certify that all of the above information is true and correct and that the SNAP or TANF number is correct or that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that school officials may verify the information on the application and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

SIGNATURE: _____ _____
SIGNATURE OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER *HOME ADDRESS*

_____ _____ _____
*LAST FOUR DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER** *TOWN/CITY* *ZIP CODE*

_____ _____ _____ _____
PRINTED NAME OF ADULT SIGNING APPLICATION *DATE SIGNED* *HOME TELEPHONE* *WORK TELEPHONE*

☐ ***I do not have a Social Security Number***

5 **Participant's ethnic and racial identities (optional)**

Mark one ethnic identity: Mark one or more racial identities:

☐ **Hispanic or Latino** ☐ **Asian** ☐ **American Indian or Alaska Native**
☐ **Not Hispanic or Latino** ☐ **White** ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander**
☐ **Black or African American**

Do Not Write Below This Line - Official Use Only.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12
Total Income: _____ Per: ☐ **Week,** ☐ **Every 2 Weeks,** ☐ **Twice a Month,** ☐ **Month,** ☐ **Year**
Household size: _____
Categorical Eligibility: ____ **Date Withdrawn:** _____ **Eligibility: Free** _____ **Reduced**_____ **Denied** _____

Reason: _____
Temporary: Free_____ **Reduced**_____ **Time Period:** _____ **(expires after** _____**days**
Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____
Confirming Official's Signature: _____ **Date:** _____
Follow-up Official's Signature: _____ **Date:** _____

Summer Camp 2024
Medical Examination Form

Camper's Name: _____ Sex: _____ DOB: _____
Doctor: _____
Address: _____
Phone: _____ Fax: _____
Primary Health Insurance: _____
Policy # _____ Group # _____

Physical Assessment

Allergies _____

Height	_____	Ears	_____	Neck	_____
Weight	_____	Skin	_____	Chest	_____
BP	_____	Eyes	_____	Heart	_____
Urine	_____	Nose	_____	Lungs	_____
Vision	_____	Mouth	_____	Hernia	_____
Hearing	_____	Gums	_____	Abdomen	_____
Scoliosis	_____	Teeth	_____	Genitourinary	_____
Orthopedic	_____	Nodes	_____	Date of last Physical	_____

Copy of updated immunizations required, please attach

Medication Administration

Diagnosis _____
Medications _____
Mode/Dosage/Frequency/Time of Administration _____
Side effects, if any _____

Physician's Commnets _____

_____

_____

Signature of Physician _____ Date _____

Parent will supply the medicine in its ORIGINAL CONTAINER and a copy of the prescription.
Parent will notify Rise Summer Camp director promptly of any change.

Please Note: Children needing medicine during the day must be able to administer it themselves.
Staff will not be able to administer to children or hold medicine for them.

Parent's Signature _____ Date _____

219 Franklin Street | P.O. Box 88 | Hightstown | NJ | 08520 | 609-443-4464 | Fax: 609-443-3867