

Dear Parents,

The IAL Athletic Camp will consist of students learning the fundamentals of team sports and honing their basketball skills in a positive and fun atmosphere. Our coaching staff will emphasize the importance of good sportsmanship, team play, and making good decisions both on and off the court. Campers will also be instructed in proper strength and conditioning techniques, along with healthy eating habits that will help them become stronger athletes.

Girls Session

Friday, July 12th – Monday July 15th

Depart Time: 9 am

Return Time: Monday, 11 am

Girls will return Monday morning after breakfast

Boys Session

Monday, July 15th – Wednesday, July 17th

Depart Time: 11 am

Return Time: 4:30 pm

Location: Johnsonburg Camp and Retreat Center
822 County Road 519, Johnsonburg, NJ 07825
Contact Number: (908) 852-2349

Jason Marchena, **Athletic Director**
Contact: (917) 488-8500

For ALL students, here is a packing list:

- Enough sports gear for 5 days away ex. 4 changes of socks
- Sweatshirt - for the night
- Linens
 - Sheets
 - Pillow
 - Warm blanket
 - Towel
- Undergarments
- Pajamas
- Comfortable for sneakers
- Sneakers for gymnasium
- Bathing suit – One piece for ladies and shorts
- Personal Toiletries for 5 nights

Estimados Padres,

El campamento Atlético de IAL consistirá en que los estudiantes aprendan los fundamentos de los deportes de equipo y perfeccionen sus habilidades de baloncesto en un ambiente positivo y divertido. Nuestro personal de coaching enfatizará la importancia del buen espíritu deportivo, el juego en equipo y la toma de buenas decisiones tanto dentro como fuera de la cancha. Los campistas también recibirán instrucción sobre la fuerza adecuada y las técnicas de acondicionamiento, junto con hábitos alimenticios saludables que les ayudarán a convertirse en atletas más fuertes.

Sesión para las niñas

del viernes, 12 de Julio - Lunes 15 de julio de

Hora Salida: 9 am

Hora de regreso: Lunes, 11 am

* Las niñas volverá lunes por la mañana después del desayuno *

Sesión para los niños

Lunes, 15 de Julio - Miércoles, 17 de Julio

Salida Hora: de 11

Hora de regreso: 16:30

Ubicación: Johnsonburg Campamento y Centro de Retiro
822 County Road 519, Johnsonburg, NJ 07825
Número de contacto: [\(908\) 852-2349](tel:9088522349)

Jason Marchena, **Director de atletismo**
Contacto: (917) 488-8500

Para TODOS los estudiantes, aquí hay una lista de empaque:

- Suficiente equipo deportivo para 5 días, por ej. 4 cambios de calcetines
- Sudadera - por la noche
- Ropa de cama
 - Sábanas
 - Almohada
 - Manta caliente
 - Toalla
- Ropa interior
- Pijamas
- Cómodo para zapatillas de deporte
- Zapatillas de deporte para gimnasio
- Traje de baño - Una pieza para damas y pantalones cortos

- Water bottle

Information

Please note that students **will not be allowed** to have their cell phones during the retreat. All cell phones will be collected at the camp after students get off the bus and will be stored with the adults.

We are asking that families pay \$50 towards the expenses of the camp.

Please complete the attached forms and return to Jamilah Sandoval at the Leadership Hall (431 West 204th Street) by June 7, 2019.

I give my child _____ permission to participate in Inwood Away Camp at Johnsonburg Camp.

I hereby grant permission for my son/daughter to participate and understand that adequate and appropriate supervision will be provided. I recognize, however, that unanticipated situations and problems can arise on any trip, school-sponsored or otherwise, which situations or problems are not reasonably within the control of the supervising teacher(s) or staff.

I agree to release and hold harmless Inwood Academy for Leadership Charter School its agents, officers, employees, and volunteers, from any and all liability, claims, suits, demands, judgments, costs, interest and expense (including attorneys' fees and costs) arising from such activities, including any accident or injury to the student and the costs of medical services. In the event of an injury requiring medical attention, I hereby grant permission to the supervising teacher(s) or staff to attend to my son/daughter. If the injury warrants further medical attention, I expect every effort will be made to contact me to receive my specific authorization before action is taken. If efforts to contact me are unsuccessful, I grant permission for necessary medical treatment to be given.

In addition, I hereby give my permission to the supervising teacher(s) or staffers to take my child to the physician, dentist, or to the hospital if an accident or serious illness occurs on the trip and I cannot be located.

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parent/ Guardian Signature: _____ Date: _____

- Artículos de aseo personales por 5 noches
- Botella de agua

Información

Tenga en cuenta que los estudiantes **no podrán** tener Sus celulares durante el retiro. Todos los teléfonos celulares se recogerán en el campamento después de que los estudiantes se bajen del autobús y se almacenarán con los adultos.

Estamos pidiendo que las familias paguen \$ 50 para los gastos del campamento.

Por favor complete los formularios adjuntos y devuélvalos a Jamilah Sandoval en Leadership Hall (431 West^{204th} Street) antes del 7 de junio de 2019.

Le doy a mi hijo _____ permiso para participar en el Campamento fuera de Inwood en Johnsonburg Camp.

Por la presente otorgo permiso para que mi hijo (a) participe y entiendo que se proporcionará una supervisión adecuada y apropiada. Sin embargo, reconozco que pueden surgir situaciones y problemas no anticipados en cualquier viaje, patrocinado por la escuela o de otra manera, situaciones o problemas que no están razonablemente bajo el control de los maestros supervisores o el personal.

Estoy de acuerdo en liberar y mantener inofensivo a Inwood Academy for Leadership Charter School sus agentes, funcionarios, empleados y voluntarios, por toda responsabilidad, reclamos, demandas, juicios, costos, intereses y gastos (incluidos los honorarios y costos de los abogados) derivado de dichas actividades, incluido cualquier accidente o lesión al estudiante y los costos de los servicios médicos. En el caso de una lesión que requiera atención médica, por la presente otorgo permiso al maestro (s) supervisor (es) o al personal para que atienda a mi hijo / a. Si la lesión requiere más atención médica, espero que se haga todo lo posible para contactarme para recibir mi autorización específica antes de tomar una acción. Si los esfuerzos para contactarme no tienen éxito, doy permiso para que se brinde el tratamiento médico necesario.

Además, por la presente doy mi permiso a los maestros supervisores o al personal para que lleven a mi hijo al médico, al dentista o al hospital si ocurre un accidente o una enfermedad grave en el viaje y no puedo ser localizado.

Nombre del padre / madre / tutor: _____ Teléfono: _____

Firma del padre / madre / tutor: _____ Fecha: _____

Dear Parent/Guardian:

Your child will be participating in the Inwood Away Camp at Johnsonburg Camp and Retreat Center. Please consider any health needs your child may have during the duration of their stay. The students will be sleeping in cabins and participating in outdoor and indoor activities. Food will consist of stand camp fare. If your child has any dietary restrictions, please let us know as soon as possible. Please complete this **mandatory** form to ensure your child can attend Inwood Away Camp.

My child, _____, has permission to attend the Inwood Away Camp. I am aware that the students will be transported in a school bus to and from the camp facility. In the event of injury to my child, I authorize the IALCS staff to take any measure to protect the health of my child.

1. My child has **no** medical problems that IALCS should be aware of: _____ (check here)
2. My child has the following **medical issues** that IALCS should be aware of:

3. My child **CANNOT** take the following medications (please circle):

Acetaminophen (Tylenol)	Calamine lotion
Ibuprofen (Advil, Motrin)	Bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol)
Phenylephrine (Sudafed PE)	Laxatives for constipation (Ex-Lax)
Pseudoephedrine (Sudafed)	Hydrocortisone 1% cream
Chlorpheniramine maleate	Topical antibiotic cream
Guaifenesin	Calamine lotion
Dextromethorphan	Aloe
Diphenhydramine (Benadryl)	
Generic cough drops	
Chloraseptic (Sore throat spray)	
Lice shampoo or scabies cream (Nix or Elimite)	

4. My child should **refrain** from the following activities:
5. My child has the following **Dietary/Allergies** restrictions:

Estimado padre / tutor:

Su hijo participará en un campamento fuera de Inwood en el Johnsonburg Camp and Retreat Center. Favor de considerar, cualquier necesidad de salud que su hijo pueda tener durante la duración de su estadía. Los estudiantes estarán durmiendo en cabañas y participando en actividades al aire libre y bajo techo. La comida consistirá en la tarifa del campamento. Si su hijo tiene alguna restricción alimenticia, háganoslo saber lo antes posible. Por favor complete este formulario **obligatorio** para asegurar que su hijo pueda asistir al campamento fuera de Inwood.

Mi hijo, _____, tiene permiso para asistir al Campamento de Inwood. Estoy consciente de que los estudiantes serán transportados en un autobús escolar hacia y desde las instalaciones del campamento. En caso de lesiones a mi hijo, autorizo al IALCS personal de tomar cualquier medida para proteger la salud de mi hijo.

1. Mi hijo **no** tiene **ningún** problema médico que IALCS deba conocer: _____ (marque aquí).
2. Mi hijo tiene los siguientes **problemas médicos** que IALCS debería conocer:

3. Mi hijo **NO puede** tomar los siguientes medicamentos (círculo):

Acetaminofeno (Tylenol)	Calamina loción
ibuprofeno (Advil, Motrin)	subsalicilato de bismuto (Pepto-Bismol)
de fenilefrina (Sudafed PE)	Los laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax)
pseudoefedrina (Sudafed)	hidrocortisona 1% en crema
clorfeneramina maleato	tópica crema antibiótica
guaifenesina	loción calamina
dextrometorfano	Aloe
difenhidramina (Benadryl)	
Genérico gotas para la tos para el	
Chloraseptic (spray dolor de garganta)	
Champú para piojos o crema para la sarna	
(Nix o Elimite)	

kept:

Parent/Guardian Authorization for Health Care:

This health history is correct and accurately reflects the health status of the camper to whom it pertains. The person described has permission to participate in all camp activities except as noted by me and/or an examining physician. I give permission to the physician selected by the camp to order x-rays, routine tests, and treatment related to the health of my child for both routine health care and in emergency situations. If I cannot be reached in an emergency, I give my permission to the physician to hospitalize, secure proper treatment for, and order injection, anesthesia, or surgery for this child. I understand the information on this form will be shared on a "need to know" basis with camp staff. I give permission to photocopy this form. In addition, the camp has permission to obtain a copy of my child's health record from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

Name of Parent/Guardian (please print) Relationship to Child

Signature of Parent/Guardian Date

Emergency Contact Information:

1. _____

Name (please print) Phone Number Relationship to Child

2. _____

Name (please print) Phone Number Relationship to Child

4. Mi hijo debe **abstenerse** de las siguientes actividades:

5. Mi hijo tiene las siguientes **dieta / alergias** restricciones de:

6. Mi hijo requiere el siguiente medicamento: *Especifique cómo se debe almacenar y conservar el medicamento:*

Autorización de los padres / tutores para el cuidado de la salud:

Este historial de salud es correcto y refleja con precisión el estado de salud del campista a quien pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto según lo indique yo y / o un médico examinador. Doy permiso al médico seleccionado por el campamento para ordenar radiografías, exámenes de rutina y tratamientos relacionados con la salud de mi hijo, tanto para atención médica de rutina como en situaciones de emergencia. Si no se me puede contactar en una emergencia, le doy mi permiso al médico para que lo hospitalice, obtenga el tratamiento adecuado o si necesita una inyección, anestesia o cirugía para este niño. Entiendo que la información que se encuentra en este formulario se compartirá con el personal del campamento en caso de que se presente "una necesidad". Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el campamento tiene permiso para obtener una copia del registro de salud de mi hijo de los proveedores que lo tratan y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

Nombre del padre / tutor (en letra de molde)

Relación con el niño

Firma del padre / tutor

Fecha

de contacto de emergencia Información:

1. _____

Nombre (en letra de imprenta)
Relación con el niño

Número de teléfono

2. _____

Nombre (en letra de imprenta)
Relación con el niño

Número de teléfono