



**FLEMINGTON-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT**  
**Health Services Department**

**NOTICE TO PARENTS REGARDING IMMUNIZATION DEFICIENCIES**

Student Name		Grade/Teacher	
--------------	--	---------------	--

Dear Parent/Guardian,

In order for a student to **enter and/or remain** in the Flemington-Raritan School District, the student must meet the immunization requirements as set forth by Chapter 14. NJ State Sanitary Code **amended December 14, 2007**.

**OUR RECORDS INDICATE THAT YOUR CHILD NEEDS THE FOLLOWING VACCINE:**

Vaccine Type	
Regulation 4:16	Influenza

A documented immunization record from your child's health care provider may be submitted in lieu of this form. Please submit documentation of vaccination and return as soon as possible to the School Health Office or contact your physician regarding these immunization deficiencies.

If you are in need of financial assistance, please contact the Hunterdon County Childhood Vaccine Program at 908-806-4570.

Immunization must be completed by **December 20, 2024**. **Please return this form or a copy of your child's updated immunization record prior to Winter Break.**

Sincerely,

*Jinky S. Yuzon, BSN, RN*  
 Copper Hill/Preschool Nurse  
[jinky.yuzon@frsd.us](mailto:jinky.yuzon@frsd.us)  
 908-284-1054

.....

Student Name		Grade	
--------------	--	-------	--

**This is to certify that the above student has received the following Influenza immunization.**

Vaccine Brand	Route	Date administered	

Healthcare Provider's Signature	Date
Healthcare Provider's Name & Address	Phone Number



**FLEMINGTON-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT**  
**Health Services Department**

**AVISO A LOS PADRES SOBRE DEFICIENCIAS DE INMUNIZACIÓN**

Nombre de estudiante		Grado/Maestra	
----------------------	--	---------------	--

Estimado Padre/Tutor,

Para que un estudiante ingrese y/o permanezca en el Distrito Escolar Flemington-Raritan, el estudiante debe cumplir con los requisitos de vacunación establecidos en el Capítulo 14. Código Sanitario del Estado de Nueva Jersey, modificado el 14 de diciembre de 2007.

**NUESTROS REGISTROS INDICAN QUE SU HIJO NECESITA LA SIGUIENTE VACUNA:**

Tipo de vacuna	
Regulación 4:16	Influenza

En lugar de este formulario, se puede presentar un registro de vacunación documentado del proveedor de atención médica de su hijo. Por favor presente la documentación de vacunación y devuélvase lo antes posible a la Oficina de Salud Escolar o comuníquese con su médico con respecto a estas deficiencias de vacunación.

Si necesita asistencia financiera, comuníquese con el Programa de vacunas infantiles del condado de Hunterdon al 909-806-4570.

La vacunación debe completarse antes **del 20 de diciembre y devolver este formulario o un registro de vacunación documentado antes de las vacaciones de invierno.**

Atentamente,

*Jinky S. Yuzon, BSN, RN*  
 Copper Hill/Preschool Enfermera  
[jinky.yuzon@frsd.us](mailto:jinky.yuzon@frsd.us)  
 908-284-1054

Student Name		Grade	
--------------	--	-------	--

**This is to certify that the above student has received the following Influenza immunization.**

Vaccine Brand		Route		Date administered	
---------------	--	-------	--	-------------------	--

Healthcare Provider's Signature		Date	
Healthcare Provider's Name & Address		Phone Number	