



Join the Bee Club!

Philosophy

The Bee Club provides a small and engaging environment where all participants are encouraged to exercise and practice lifelong fitness skills while having fun!

Bee Club Times

Pre K 3-2nd Grade 9am-9:45am
4th-6th Grade 10am-10:45am

Activities

Some examples of activities that will be offered include soccer, basketball, fitness workouts, track, kickball, tennis, yoga and more!

Bridgehampton Students: FREE-Donation encouraged to Bee Club

Out of district students: \$15 Per session

Checks Payable to the Bee Club

Contact Info:

Mike Miller: 631-998-1326 mmiller@bridgehampton.k12.ny.us

Meeting Dates

9/17	11/5	1/7	3/4	5/6
10/1	11/19	1/21	3/18	
10/15	12/10	2/4	4/1	5/20
10/29	12/17	2/18	4/22	



DATES SUBJECT TO CHANGE



¡Participa en el Bee Club!

Philosophy

!El Bee Club da un ambiente en cual todos son animados a usar y practicar hábitos saludables y divertidos!

Horas de Bee Club

Pre K 3-2º Grado 9am-9:45am

4º-6º Grado
10am-10:45am

Actividades

¡Algunos ejemplos de actividades que serán ofrecidos son futbol, básquetbol, entrenamientos de salud, pista, kickball, tenis, y más!

Estudiantes de Bridgehampton: GRATIS– Aceptamos donaciones al Bee Club

Estudiantes no en el distrito: 15\$ cada reunión

Favor de hacer el cheque a nombre de **The Bee Club**

Para más información contacta a:

Mike Miller: 631-998-1326 mmiller@bridgehampton.k12.ny.us

Jen Suarez: 631-375-4303 jsuarez@bridgehampton.k12.ny.us

Fechas de reuniones:

9/17	11/5	1/7	3/4	5/6
10/1	11/19	1/21	3/18	
10/15	12/10	2/4	4/1	5/20
10/29	12/17	2/18	4/22	



Fechas son sujetos a cambio



Saturday BEE Club

Registration Form 2016-2017

NAME OF STUDENT: _____

AGE: _____

GRADE: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

PHONE NUMBER: _____

DOES THE PARTICIPANT HAVE ALLERGIES? IF YES PLEASE LIST THEM BELOW?

WHO WILL BE PICKING UP THE PARTICIPANT ONCE SESSION IS OVER?

PLEASE LIST BELOW A CONTACT PERSON WHO CAN BE REACHED IN CASE OF AN EMERGENCY:

Name: _____

Phone Number _____

Registro para el sábado

BEE Club 2016-2017

NOMBRE: _____

EDAD: _____

GRADO: _____

NOMBRE DE PADRES / GUARDIÁN _____

NUMERO DE TELEFONO _____

¿TIENE ALERGIAS EL PARTICIPANTE? SI ES QUE SI, POR FAVOR INDIQUE LO ABAJO:

¿QUIEN VA RECOGER EL PARTICIPANTE VEZ EL SESIÓN A TERMINADO?

POR FAVOR INDIQUE ABAJO UNA PERSONA QUE SE PUEDE CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

