

WESTHAMPTON BEACH

2024 SUMMER RECREATION PROGRAM

Feeder District Registration Form
East Quogue, Quogue, Remsenburg and East Moriches

Summer Recreation Program:

All residents entering grades 1 - 8 in September 2024 are welcome to enroll in the Summer Recreation Program. The program will run Monday, July 8th through Friday, July 26th, from 9 am to 12 noon. Students entering grades 1 – 3 will spend their day with one group. These groups will enjoy a variety of recreational activities while remaining in a group with one teacher. Students entering grades 4 - 8 will be given the freedom of choosing their activities each hour of the morning. The day will be divided into three one-hour sessions. Students will have the option of choosing between a variety of popular activities and some new additions. *Please note, due to scheduled maintenance and construction in the elementary school, the Summer Recreation Program will be held in the Westhampton Beach High School this year.*

Fees:

The fee to participate in the Summer Recreation Program is \$275 per child. Please make checks or money order payable to: Westhampton Beach School District with Summer Recreation and your child's full name in the memo.

Cash will not be accepted. Fees are non-refundable.

Any child registering that does not currently attend the WHB School District, MUST submit a copy of updated immunization records. These records can be dropped off at the WHB Elementary School or email to summer-rec@whbschools.org.

Please return all forms and registration fees by Friday, June 7, 2024, to the WHB Elementary School Main Office or the MS Main Office in an envelope marked "Summer Recreation."

****Check district website for all needed information about the program, including room assignments if applicable.****

If you have any questions, please contact the Summer Recreation program at 288-3800, extension 206, or email summer-rec@whbschools.org.

Please complete and return:

- Registration/Health History Form
- Payment in check form
- Immunization Records (if not on file with the district)
- Proof of Residency (if applicable)

Registration & Health History Form –Westhampton Beach School District

Please fill in all information and return with payment by **June 7, 2024**.

Please check one:

September 2024 my child's grade level will be:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____

Child's Name: _____

Sex: Male / Female _____ Age: _____ Birth Date: _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Street Address: _____ Email Address: _____

Town: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Emergency Contact: _____ Emergency Phone: _____

Emergency travel release: Name _____ Phone: _____

PERMISSION TO TREAT: In order that your child may be treated in an emergency, the following must be signed by a parent/guardian. The parent/guardian will be informed of an emergency as soon as possible.

I grant permission for the student health service staff to examine and treat, hospitalize and secure proper treatment of my child.

_____ Date _____

Medical history: Please be specific, as we may not have access to your child's school records.
IMMUNIZATION RECORDS: As per the Suffolk County Department of Health, we must have a copy of your child's current immunization records. We will access these forms through the school office. There is no need for you to get a copy unless these forms are not on file with the school.

Is your child in good health? YES/NO (If 'NO' please give details)

Does your child have any conditions that may inhibit participation in activities? YES / NO
 If 'YES' please list:

Does your child have allergies? YES/NO (If 'YES' please list)

All medications must be given to the school nurse in the original container. The label must be current and state the child's name and dosage. Medication must be accompanied with a medication dispense form, which is available in the nurse's office. Medications will not be dispensed without the completed form and required container label. Exceptions to these requirements are not permitted.

Doctor's Name: _____ Doctor's phone number: _____

Additional information: Please include information that will help us medically treat your child if the need arises.

Payment submitted via (Please check one):

Check:

Other:

PROGRAMA DE RECREACIÓN DE VERANO DE LA ESCUELA PRIMARIA DE WESTHAMPTON BEACH 2024

Residentes del Distrito de East Quogue, Quogue,
Remsenburg y East Moriches

Programa de Recreación de Verano:

Todos los residentes entrando a grados 1 - 8 en septiembre del 2024 son bienvenidos a inscribirse al Programa de Recreación de Verano. El programa funciona desde **lunes, 8 de julio hasta viernes, 26 de julio, de 9 a.m hasta las 12 del mediodía**. Estudiantes entrando a grados 1 - 3 pasarán su día con un grupo. Estos grupos disfrutarán de una variedad de actividades recreacionales mientras pasan el día con un grupo y una maestra. Estudiantes ingresando grados 4 - 8 serán dados la libertad de escoger sus actividades cada hora de la mañana. El día será dividido en tres sesiones de una hora. Los estudiantes tendrán la opción de escoger dentro de actividades populares y algunas nuevas agregadas.

Cuota:

La cuota para participar en el Programa de Recreación de Verano es \$275 por cada niño. Por favor hacer un cheque o giro postal a nombre de: **Westhampton Beach School District con Summer Recreation y el nombre completo de su hijo en el área de memo.**

El efectivo no será aceptado. Las tarifas no son retornables. Cualquier niño que no asiste al Distrito Escolar de Westhampton Beach debe de entregar una copia de inmunizaciones actualizadas. Estos archivos pueden ser dejados en la Escuela Primaria de WHB o por correo electrónico a summer-rec@whbschools.org

Por favor regresar todos los formularios y tarifas de registraciòn antes del viernes, 7 de junio de 2024, en la Oficina Principal de la Escuela Primaria o en la Oficina Principal de la Escuela Intermedia en un sobre marcado "Summer Recreation."

****Revise el Sitio del Distrito Escolar y tarifas de registraciòn antes del 7 de junio de 2024, incluyendo asignaciones de aulas si son aplicables.****

Si tiene preguntas, por favor contactar el Programa de Recreaciòn al 631288-3800, ext. 206, o por correo electrónico summer-rec@whbschools.org

Por favor completar y regresar:

- Registraciòn/Formulario de Historial de Salud
- Pago en forma de cheque.
- Registros de Inmunizaciòn (por si no estàn en los archivos del distrito).
- Prueba de domicilio (si es aplicable).

**Registración y Formulario Historial de Salud Health –Westhampton Beach
Distrito Escolar**

Por favor llenar toda la información y retornar con pago antes del 7 de junio de 2024.

Por favor marque una:

Septiembre 2024 el nivel de grado de mi hijo va a ser:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____

Nombre de Niña: _____

Género: Masculino / Femenino Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Guardian: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Casa: _____ Número Celular: _____ Número de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Liberación de Viaje de Emergencia: Nombre _____ Teléfono: _____

PERMISO PARA TRATAR: Para que su hijo pueda ser tratado en una emergencia, lo siguiente debe de ser firmado por un padre/guardián. Yo doy permiso al personal de salud estudiantil para examinar y tratar, hospitalizar y asegurar tratamiento apropiado de mi hijo.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Historial Médico: Por favor sea específico, porque a lo mejor no tendremos acceso a los archivos de su hijo.
ARCHIVOS DE INMUNIZACIÓN: Según el Departamento de Salud del Condado de Suffolk, debemos tener una copia de los archivos de inmunización más recientes. Accederemos a estos formularios a través de la oficina de la escuela. No hay necesidad de que nos proporciones una copia a menos que estos formularios no estén en los archivos de la escuela.

¿Está su hijo en buen estado de salud? SI/NO (Por si 'NO' por favor dar detalles)

¿Su hijo tiene alguna condición que puede impedir la participación en actividades? SI / NO
Por si 'SI' favor de listar:

¿Su hijo tiene alergias? SI/NO (Por si 'SI' favor de listar)

Todos los medicamentos deben de ser entregados a la enfermera de la escuela en el contenedor original. La etiqueta debe de estar actualizada con el nombre del niño/a y la dosis. El medicamento debe de estar acompañado con el formulario de dispensación, el cual está disponible en la oficina de la enfermera. Los medicamentos no serán dispensados sin el formulario completado y contenedor etiquetado. No se permiten excepciones a estos requisitos.

Nombre del Doctor: _____ Teléfono de Doctor: _____

Información Adicional: Por favor incluir información que nos ayudará a tratar médicamente si surge la necesidad.