



ESCRIBA CON LETRA CLARA Y LAPICERO

**The SMILE Program  
Solicitud de Membresía 2011-2012**

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ # Identificación Estatal del Estudiante \_\_\_\_\_ -

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento ___/___/___	Sexo: M / F	Grado Escolar en este año:
---------------------------------	-------------	----------------------------

Ha participado en SMILE anteriormente? Si \_\_\_ NO \_\_\_ Marcó SI, En qué grados? \_\_\_\_\_

Quiero estar en SMILE porque: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cuando crezca quiero ser: \_\_\_\_\_

Me gustaría ir de paseo a: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE LOS PADRES (Completar por los padres o guardianes)**

<p><b>Madre/Guardian</b>          Nombre _____          Cell/ Teléfono en el trabajo _____          Teléfono en la casa _____          E-mail _____          Dirección Postal          Calle _____          Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____</p>	<p><b>Padre/Guardian</b>          Nombre _____          Cell/ Teléfono en el trabajo _____          Teléfono en la casa _____          E-mail _____          Dirección Postal          Calle _____          Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____</p>
--	--

**Grupo étnico (puede escoger mas de uno)**

Africano Americano \_\_\_      Hispano \_\_\_  
 Asiático Americano \_\_\_      Native American \_\_\_  
 Azores/Cabo Verde \_\_\_      Caucásico \_\_\_      Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Alguno de los adultos en su casa han ido a la universidad? Si \_\_\_ NO \_\_\_**

**Es su hijo(a) elegible para recibir almuerzo de costo reducido? Si \_\_\_ NO \_\_\_**

**Firma del padre** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_



**ESCRIBA CON LETRA CLARA Y LAPICERO**

*Para ser llenado por los padres o encargados (Por favor lea cuidadosamente y firme)*

**Permiso para Participar en The SMILE Program**

*(Para que el estudiante pueda participar, este documento debe ser firmado por uno de los padres o encargados)*

Doy permiso a \_\_\_\_\_ para que sea miembro de SMILE y además  
*Nombre del estudiante en letra imprenta*

doy permiso a los maestros y administradores de SMILE para que revisen las calificaciones y el progreso de mi hijo(a) en la escuela

Durante las actividades de SMILE se toman algunas fotografías. Yo doy permiso para que las fotografías en las que aparecen mi hijo(a) puedan ser usadas como publicidad para SMILE *Si*\_\_ *No*\_\_

**Si es posible, por favor envíe con esta aplicación el reporte de calificaciones más reciente de su hijo(a).**

Es la esperanza de que al menos un miembro adulto de la familia asistir a todo el distrito Familia Ciencia noche en\_\_\_\_\_. Adultos que participan en la educación de los niños contribuyen a su éxito.

Si durante las actividades de SMILE mi hijo(a) resulta herido o enfermo, doy mi permiso para que se busque la atención médica adecuada. Entiendo que debo ser contactado inmediatamente si el tratamiento médico es necesario.

Por favor haga una lista de las enfermedades o alergias que padece su hijo(a): \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de Identificación/Grupo \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Persona Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Al firmar esta página usted acepta haber leído y entendido toda la información,*

**To be completed by SMILE Teacher(s)**

**Reason(s) for accepting student (please check all that apply):**

Free/Reduced Lunch \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_ Minority \_\_\_\_\_ Previously in SMILE \_\_\_\_\_ ESL \_\_\_\_\_

Strong Science Interest \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

Based on your best knowledge, the student is working at grade level in all subjects: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Signature of Teacher: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



ESCRIBA CON LETRA CLARA Y LAPICERO  
**Records de Salud y Médicos**  
Para club, paseos y actividades anuales

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Padece su hijo(a) de alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor explique**

Asma \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
Desmayos \_\_\_\_\_ Problemas cardíacos \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_ Sonambulismo \_\_\_\_\_  
Enuresis (Orinarse en la cama) \_\_\_\_\_ Sangrados Nasales \_\_\_\_\_  
Comentarios \_\_\_\_\_

**Por favor llene los espacio en blanco. Si no se aplica su hijo(a) escriba n/a .**

Alergias o reacciones a alimentos , medicinas , etc.. \_\_\_\_\_ lístelos \_\_\_\_\_  
Alergia a picadura de abeja, explique \_\_\_\_\_  
Lista de alimentos prohibidos por razones médicas o religiosas \_\_\_\_\_  
Describa una condición por la que esté necesitando medicación en este momento \_\_\_\_\_  
Instrucciones sobre los medicamentos que su hijo traerá a la actividad \_\_\_\_\_  
Hay alguna restricción para actividades físicas por razones médicas \_\_\_\_\_  
Describa problemas mentales o emocionales \_\_\_\_\_  
Fecha de la última vacuna de tétanos (debe de estar al día) \_\_\_\_\_

**NOTA PARA LOS PADRES:**

Si su hijo/a tiene problemas médicos importantes necesitaremos un permiso de su médico. Si no recibimos el permiso médico nos reservaremos el derecho de decidir si su hijo(a) puede participar en la actividad. Todos los medicamentos que se traigan a la actividad deben ser revisados por un adulto supervisor de SMILE antes del evento.

Si desea más información, o desea discutir algún asunto sobre la actividad, por favor contácteneos a SMILE Program teléfono 874-2036 o [englanca@etal.uri.edu](mailto:englanca@etal.uri.edu). También puede contactar a la maestra de SMILE

**EN CASO DE EMERGENCIA ESTO AUTORIZARA AL MEDICO O HOSPITAL PARA DAR TRATAMIENTO MÉDICO A MI HIJO/A.**

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_  
Nombre padre o encargado \_\_\_\_\_ Relación o parentezco con el niñ(a) \_\_\_\_\_  
Teléfono emergencia \_\_\_\_\_  
Teléfono casa \_\_\_\_\_  
Firma padre o encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si no pueden localizar al padre favor llamar a :

Name: \_\_\_\_\_ Relación con el niñ(a) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ELEMENTARY SCHOOL**