



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

Describe 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 _____

Describe 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. 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: _____

MIDDLE SCHOOL