



THE SMILE PROGRAM MEMBERSHIP APPLICATION
2019-2020

DISTRITO _____ ESCUELA _____
ID ESTATAL DEL ESTUDIANTE _____

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ M.I. _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____	Identidad de género: Masculino Feminino Género no binario Otro (indicar): Negarse a contestar	Grado Escolar en 2019-2020: _____
---------------------------------------	---	--------------------------------------

Dirección Postal:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

Ha participado en SMILE anteriormente? SI ____ NO ____ Marcó SI, En qué grados? _____

GRUPO ÉTNICO (PUEDE ESCOGER MAS DE UNO)

Negra o Africana Americana ____ Blanca ____ India Americana ____ Asiática ____
Hispano/Latinx ____ Otro(indicar) _____

PADRE 1/GUARDIÁN INFORMACIÓN

Nombre:

Dirección Postal:

Ciudad:	Estado:	Código Postal :
---------	---------	-----------------

Teléfono en el trabajo:	Teléfono en la casa (CELL):
-------------------------	-----------------------------

PADRE 2 (SI ES APLICABLE)/GUARDIÁN INFORMACIÓN

Nombre:

Dirección Postal:

Ciudad:	Estado:	Código Postal :
---------	---------	-----------------

Teléfono en el trabajo:	Teléfono en la casa (CELL):
-------------------------	-----------------------------

Alguno de los adultos en su casa han ido a la universidad? SI ____ NO ____

Es su niño elegible para recibir almuerzo de costo reducido? SI ____ NO ____

Permiso para Participar en The SMILE Program

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

1. Doy permiso a _____ para que sea miembro de SMILE
Nombre del estudiante en letra imprenta y además doy permiso a las maestras y administradores de SMILE para que revisen las calificaciones y el progreso de mi niño en la escuela.
2. Durante las actividades de SMILE se toman algunas fotografías. Yo doy permiso para que las fotografías en las que aparecen mi niño puedan ser usadas como publicidad para SMILE, incluyendo, pero no limitado a, nuestra página web y las redes sociales. SI ____ NO ____
3. Adultos que participan en la educación de los niños contribuyen a su éxito. Es la esperanza de que al menos un miembro adulto de la familia asistir a todo el distrito Familia Ciencia noche en _____

Quiero estar en SMILE porque:

Cuando crezca quiero ser :

REGISTROS DE SALUD MÉDICA PARA EL CLUB, ACTIVIDADES ANUALES E EXCURSIONES

Nombre de estudiante

Distrito Escolar

Grado

Padece su niño de alguno de las siguientes condiciones médicas? Por favor explique.

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

Si durante las actividades de SMILE mi niño 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 niño. Por favor llene los espacio en blanco. Si no se aplica su niño 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 niño traerá a la actividad _____

Hay alguna restricción para actividades físicas por razones médicas _____

Describe cualquier problema aplicable de salud mental _____

Fecha de la última vacuna de tétanos (debe de estar al día) _____

NOTA PARA LOS PADRES:

Si su niño tiene problemas médicos importantes necesitaremos un permiso de su médico. Si no recibimos el permiso médico nos reservaremos el derecho de decidir si su niño 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 contáctenos a SMILE Program teléfono 874-2036 o cenglander@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 NIÑO.

de Identificación/Grupo _____ Compañía de Seguro _____

Nombre del Asegurado _____ Policy # _____

Relación o parentezco con el niñ(a) _____ Teléfono emergencia _____

Teléfono casa _____

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

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono: _____

FIRMAS

Firma padre o guardián:

Fecha: