



School Name: _____

Application for SMILE Club Membership

STUDENT INFORMATION

First Name: _____ Last Name: _____ Grade: _____

Gender: Male Female Date of Birth: _____ Have you been in SMILE before? Yes No

Ethnic Background: (Check all that apply)

- African American/Black Pacific Islander Hispanic/Latino
 Asian American Indian/Alaskan Native White
 Other: _____

Have your parents or guardians earned a Bachelor's Degree? Yes No

The primary language we speak at home is English Spanish Other _____

Are you eligible for a free/reduced school lunch? Yes No

Is your child eligible for Migrant Education (Title 1-C), Indian Education (Title VII-A), or Language Instruction for Limited English Proficient and Immigrant Children (Title III) Funds? Yes No

My child has the following food allergies: _____

My child has the following non-food allergies and/or other health issues: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Name: _____ Phone: _____

Full Address: _____

Email: _____

Name: _____ Phone: _____

Full Address: _____

Email: _____

Permission to Participate in SMILE Program

I give permission for _____ to be a member of SMILE and for SMILE teachers to check my child's report card and for SMILE staff to track their progress in school.

- 1. Pictures are often taken during SMILE activities. I give permission for pictures of my child to be used by the SMILE Program for publicity purposes. No identifying information is ever included. YES ___ NO ___

Your signature below confirms that you would like the student listed to be considered for club membership in the SMILE Program. If you have any questions, please contact the SMILE office at 541-737-0534.

Signature of Parent or Legal Guardian

Printed Name

Date



Nombre de Escuela:

Aplicación para Membresía al Club SMILE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Grado: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Ha estado en SMILE antes? Si No

Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda)

- Afroamericano/Negro Isleño del Pacífico Hispano /Latino
 Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco
 Otro: _____

Han obtenido tus padres o guardiánes una Licenciatura? Si No

El idioma principal que hablamos en el hogar es Inglés Español Otro _____

Es usted elegible para un almuerzo escolar gratis/reducido? Si No

Es su hijo/a elegible para la Educación Migrante (Título 1-C), Educación Indígena (Título VII-A), o Enseñanza de Idiomas para Dominio Limitado del Inglés y Fondos para Niños Inmigrantes (Título III)? Si No

Mi hijo tiene las siguientes alergias a los alimentos: _____

Mi hijo tiene las siguientes alergias que no son de los alimentos y/o otros problemas de salud: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIÁNES

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Permiso para Participar en el Programa SMILE

(Debe ser firmado por el padre o guardián antes de que el estudiante pueda participar en el Programa SMILE)

- 1. Yo doy permiso para que _____ sea un miembro de SMILE
Nombre del estudiante (por favor escríbalo)
y para que los maestros de SMILE puedan chequear la tarjeta de reporte de las calificaciones de mi hijo/a y para que el personal de SMILE siga su progreso en la escuela.
2. Fotos son tomadas a menudo durante las actividades de SMILE. Yo doy permiso para que fotos de mi hijo/a puedan ser utilizadas por el Programa SMILE para fines publicitarios. Información de identificación nunca es incluida. Si ___ No ___

Su firma confirma que le gustaría que el estudiante mencionado sea considerado para la membresía al club del Programa SMILE. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la oficina de SMILE al 541-737-0534.

Firma del Padre o Guardián Legal

Escriba Nombre

Fecha