



School Name: _____

Application for SMILE Club Membership

STUDENT INFORMATION

First Name: _____ Last Name: _____ Grade: _____

Have you been in SMILE before? Yes No

Gender: Male Female Transgender Non-binary/Non-conforming

Gender not listed, My gender is: _____ Prefer not to answer

Date of Birth: _____

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

Are you 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 I don't know

I have the following food allergies: _____

I have the following non-food allergies and/or other health issues: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Name: _____ Phone: _____

Full Address: _____

Email: _____

Name: _____ Phone: _____

Full Address: _____

Email: _____



Nombre de Escuela:

Aplicación para Membresía al Club SMILE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellidos: _____ Grado: _____

¿Has estado en SMILE antes? Si No

Género: Masculino Femenino Transgénero No-binario/no-conformista

Género no listado, Mi género es: _____ Prefiero no contestar

Fecha de nacimiento: _____

Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda)

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

¿tus padres o guardianes obtuvieron una licenciatura? Si No

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

¿Eres elegible para el almuerzo escolar gratis/reducido? Si No

¿Eres 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 No sé

Tengo las siguientes alergias a alimentos: _____

Tengo las siguientes alergias que no son a los alimentos y/o otros problemas de salud: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIANES

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____