NMSU Cooperative Extension Service
ICAN (Ideas for Cooking and Nutrition)
ENROLLMENT FORM - ADULT

1. First name: _____ Last name: _____

2. Address: _____

City: _____ Zip: _____ Phone: _____

3. Birth date: _____

4. Gender: Female _____ Male _____

5. Are you pregnant? Yes _____ No _____

6. Are you breastfeeding? Yes _____ No _____

7. With what ethnic group do you identify?
___ Hispanic or Latino
___ Not Hispanic or Latino

7a. With what race do you identify?
(You may mark more than one)
___ American Indian or Alaska Native
___ Asian
___ Black or African American
___ Native Hawaiian or other Pacific Islander
___ White

8. Food Stamp status:
_____ We receive Food Stamps
_____ We have applied for Food Stamps
_____ Neither of the above

9. Preferred language for nutrition classes:
_____ English
_____ Spanish
_____ Other

10. Who to notify in case of emergency: _____

Address: _____

Phone: _____ Relationship: _____

++

FOR OFFICE USE ONLY

11. Group name: _____

12. Entry date: _____ Exit date: _____

13. Image / voice permission completed: _____

14. Food allergies information completed: _____

15. Nutrition educator / staff: _____

16. Date data entered: _____ 17. Participant number: _____

Servicio de Extensión Cooperativa de NMSU
Ideas de Cocina y Nutrición – ICAN
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - ADULTOS

1. Nombre: _____ Apellido: _____

2. Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

3. Fecha de nacimiento: _____

4. Sexo: Femenino _____ Masculino _____

5. ¿Está embarazada? Sí _____ No _____

6. ¿Está dando el pecho? Sí _____ No _____

7. ¿Con qué grupo étnico se identifica?
___ Hispano o latino
___ No hispano o no latino

7a. ¿Con qué raza se identifica?
(Puede marcar más de una)
___ India americana o nativa de Alaska
___ Asiática
___ Negra o africana americana
___ Nativa de Hawai o de otra de las islas del Pacífico
___ Blanca

8. Estampillas para Comida: _____ Recibimos Estampillas para Comida
_____ Hemos solicitado Estampillas para Comida
_____ Ninguno de los dos

9. Idioma preferido para las clases de nutrición: _____ Inglés
_____ Español
_____ Otro

10. En caso de emergencia avisar a: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

++

PARA USO INTERNO - FOR OFFICE USE ONLY

11. Group name: _____

12. Entry date: _____ Exit date: _____

13. Image / voice permission completed: _____

14. Food allergies information completed: _____

15. Nutrition educator / staff: _____

16. Date data entered: _____ 17. Participant number: _____