

NIÑO
(Menos de 18 años)

Nombre del niño/a (Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre) _____

Nombre(s) de padres _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Num. de Tel. Principal (_____) _____ Otro (_____) _____

Resido en Ciudad Municipio Pueblo de _____ en el condado de _____ .

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
(si es diferente de la de arriba)

Fecha de nacimiento del niño/a (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Método de contacto preferido para información de reservaciones y notificaciones de vencimiento

Teléfono Mensaje de texto—Proveedor de servicio: _____

Correo electrónico: _____

Es posible que le enviemos alertas de nuevos servicios y programas. No Participar

Privilegios de acceso a Internet
 Acceso a internet permitido.
 No hay internet hasta los 17 años.

Sus Responsabilidades MORE

Yo, por la presente, solicito el derecho de privilegios de prestar en bibliotecas dentro del consorcio bibliotecario MORE. Yo concuerdo a cumplir con todos los requisitos y reglamentos que conlleva, a pagar todas las multas, arreglar cualquier pérdida o daño a libros u otros materiales por causa mía, y de proveer notificación inmediata de cualquier cambio de residencia. En el evento de que pierda mi tarjeta bibliotecaria o que se me robe, entiendo que soy responsable por cualquier cobro a mi cuenta hasta la fecha de que la biblioteca reciba notificación de tal pérdida o robo.



Firma de Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Información en este formulario es confidencial según WI Statute 43.3

----- Staff Use Only -----

Date _____

Barcode 2/ _____

PTRN Type _____

Family Link _____

County _____

Notice Pref z p a

PTRN Alias _____

Act 150 _____

Staff Initials _____