

NIÑO
(Menos de 16 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 Correo electrónico:

Privilegios de acceso a Internet
Acceso a internet permitido.
No hay internet hasta los 15 años.

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

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

Este formulario debe presentarse en persona con prueba de su dirección residencial actual (licencia de conducir, correo/facturas o cualquier documento oficial que muestre su nombre y dirección actual).

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