

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

Telefono 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

Por la presente solicito el derecho de privilegios de préstamo en bibliotecas dentro del consorcio de bibliotecas MORE. Acepto cumplir con todas sus reglas y regulaciones (disponibles en línea en ecpubliclibrary.info/library-policies), pagar todas las multas, reparar cualquier pérdida o daño a libros o materiales en los que incurra, y dar aviso inmediato de cualquier cambio de residencia. En caso de pérdida o robo de mi tarjeta de la biblioteca o tarjeta llave, entiendo que soy responsable de los cargos en mi cuenta hasta la fecha en que se notifique a la biblioteca de su 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