

NIÑO
(Menos de 16 años)

Nombre Legal del Niño/a
(Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre)

Nombre Preferido del Niño/a

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