

NIÑO
(Menos de 16 años)Nombre Legal del Niño/a
(Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre) _____

Nombre Preferido del Niño/a (Si es diferente de arriba) _____

Nombre(s) de padres _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Num. de Tel. Principal (_____) _____ Correo electrónico: _____

Resido en ☐ Ciudad ☐ Municipio ☐ Pueblo de _____ en el condado de _____Dirección de correo (si es diferente de la de arriba)

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____Fecha de nacimiento del niño/a (MM/DD/AAAA) ____/____/____ Crear número PIN

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

☐ Llamada ☐ Correo electrónico**Privilegios de acceso a Internet**

- ☐
- Acceso a internet permitido.
-
- ☐
- No hay internet hasta los 15 años.

Opciones de acceso a los materiales

- ☐
- Básico: límite de 2 artículos, sin reservas, sin kits
-
- ☐
- Completo: límite de 100 artículos, reservas y kits permitidos

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.

☐ Me gustaría recibir actualizaciones periódicas por sobre los servicios y eventos de la biblioteca.☐ Me gustaría recibir mensajes de texto además de notificaciones por correo electrónico o teléfono.

Firma de Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Este formulario debe ser presentado en persona tanto por el tutor como por el niño. Para obtener una tarjeta de biblioteca de uso completo, también se debe presentar un comprobante de la dirección residencial 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 a p t

PTRN Alias _____ Act 150 _____ Staff Initials _____