



REGISTRATION FORM

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Child Information/Información del niño

1st Child's FULL Name _____

Nombre completo del 1er niño

Child's Date of Birth ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento del niño

Sex: ☐ M ☐ F

Sexo

2nd Child's FULL Name _____

Nombre completo del 2do niño

Child's Date of Birth ____ / ____ / ____

Fecha de nacimiento del niño

Sex: ☐ M ☐ F

Sexo

Child's Mailing Address _____

Dirección postal del niño

ADDRESS/DIRECCIÓN

CITY/CIUDAD

STATE/ESTADO

ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL

Communication Preference/Preferencia de comunicación: ☐ English ☐ Español

Caretaker Information/Información del cuidador

Authorized Adult Name _____

Nombre del adulto autorizado

PLEASE PRINT/POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE

Phone _____

Teléfono

Email Address _____

Dirección de correo electrónico

"I hereby explicitly consent to allow the Dollywood Foundation, Inc. to use the information provided herein for the purposes of participating in Dolly Parton's Imagination Library book gifting program. To measure the benefits of this program we may create datasets with the information provided herein and share them with research and educational advancement partners. You agree to review our full Terms & Conditions and Privacy Policy by visiting imaginationlibrary.com. By signing and submitting this form you expressly consent to the terms set forth herein."

"Por el presente, doy mi consentimiento explícito para permitir que Dollywood Foundation, Inc. utilice la información proporcionada en el presente documento para efectos de participación en el programa de regalo de libros de la Biblioteca de la Imaginación de Dolly Parton. Para cuantificar los beneficios de este programa, podríamos crear bases de datos con la información proporcionada en el presente documento y compartirlas con asociados para fines de investigación y promoción educacional. Usted se compromete a examinar en su totalidad nuestros términos y condiciones y nuestra política de privacidad visitando imaginationlibrary.com. Al firmar y presentar este formulario, usted acepta expresamente los términos establecidos en este documento."

Authorized Adult Signature _____

Firma del Adulto Autorizado

ENROLL YOUR CHILD TODAY!/¡INSCRÍBA A SU HIJO HOY!



Fill out the above form and mail to

Complete el formulario anterior y envíelo por correo a

Community Foundation of St. Joseph County

P.O. Box 837

South Bend IN 46624