



DOLLY PARTON'S IMAGINATION LIBRARY REGISTRATION FORM

Preschool Child's Name: (as you will be registering him/her for school)

Child's Last Name: _____

Child's Middle Initial: _____ Child's First Name: _____

Child's Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____

Authorized Adults: Parents or Legal Guardians

Parent #1's Name (first name and last name): _____

Parent #2 Name (first name and last name): _____

Language(s) spoken at home: _____

Language Preferences:

Library: ___ Mostly English w/ 2 bilingual books/year OR ___ All bilingual books English & Spanish

Email communications: _____ English or _____ Spanish

Phone Number: (_____) _____ - _____

Email address: _____

US Mailing Address (where the US Mailed book should be delivered)

Number and Street: _____

Zip code: _____

Town/City: _____, CA

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.

SIGNATURE OF AUTHORIZED ADULT

*In order to have your child registered, you must completely fill
out this form, and return it to:*

First 5 Stanislaus Partner Agency: First 5

Or US Mail it to: Imagination Library of Stanislaus County,
c/o Susan Rich, PO Box 770, Oakdale, CA 95361



For Office Use: Date of child's enrollment _____ Date of parent email: _____



Biblioteca de imaginación de Dolly Parton

Formulario de registro oficial

Apellido del niño: _____

Initial del segundo nombre: _____ Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento : mes: _____ día: _____ año: _____



Indique a los adultos autorizados: Padres o tutores legales

Primer y segundo nombre del adulto autorizado: _____

Primer y segundo nombre del adulto autorizado: _____

Idioma(s) que se habla(n) en casa: _____

Preferencia de idioma del libro: ☐ English ☐ Bilingual English/Spanish - Bilingüe Inglés/Español

Preferencia de comunicación: ☐ English ☐ Español

Teléfono: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Domicilio postal (los libros llegaran vía correo postal):

Número y calle: _____

Ciudad: _____, CA Código postal: _____

Por lo presente explícitamente doy mi consentimiento para permitir a la Fundación Dollywood, Inc a utilizar la información aquí proporcionada para los fines de participar en el programa de regalos de libros de la Biblioteca Imaginación de Dolly Parton. Para medir los beneficios de este programa, podemos crear conjuntos de datos con la información aquí proporcionada y compartirlas con socios de investigación y educación. Usted acepta revisar todos nuestros Términos, Condiciones y Política de Privacidad en el sitio de web visitingimaginationlibrary.com. Al firmar y enviar este formulario usted da consentimiento expreso a los términos aquí establecidos

Firma del adulto autorizado

Por favor complete el formulario y devuélvalo a:

Un empleado de la agencia de: First 5

O envíe a:

Imagination Library, c/o Susan Rich, P.O. Box 770, Oakdale, CA 95361



For Office Use: Date of child's enrollment _____ Date of parent email: _____