



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 ____ / ____ / ____ Sex: M F
Fecha de nacimiento del niño Sexo

2nd Child's FULL Name _____
Nombre completo del 2do niño

Child's Date of Birth ____ / ____ / ____ Sex: M F
Fecha de nacimiento del niño 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 _____ Phone _____
Nombre del adulto autorizado PLEASE PRINT/POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE 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!

Simply Fill out the above form and mail to your local program partner.

[United Way of Central Washington: 116 South 4th Street, Yakima, WA 98901](#)

Simplemente complete el formulario anterior y envíelo por correo a su socio local del programa.

[United Way of Central Washington: 116 South 4th Street, Yakima, WA 98901](#)

OFFICE USE ONLY/SOLO USO DE OFICINA

Date Received ____ / ____ / ____
Fecha de recepción

Notes _____
Notas