

# BIBLIOTECA DE IMAGINACIÓN DE DOLLY PARTON FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Primer Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: MES \_\_\_\_\_ /DÍA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Sexo: M F

Primer Nombre del adulto autorizado: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección del adulto autorizado: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del adulto autorizado: \_\_\_\_\_

Domicilio del niño: \_\_\_\_\_

Firma del Adulto Autorizado: \_\_\_\_\_



Complete el formulario y envíelo a Sally a [info@ecpac.org](mailto:info@ecpac.org)