



Certificación del programa Tarjetas para Niños

Estudiante 1: _____

Estudiante 2: _____

Estudiante 3: _____

Dirección del estudiante: _____
(Debe estar en un área no incorporada no atendida por ninguna biblioteca o distrito de bibliotecas)

El estudiante asiste a la(s) siguiente(s) escuela(s) de K-12:

El estudiante o los estudiantes son elegibles para recibir comidas gratis/ a precio reducido en la escuela:

 Sí No

Doy fe de que éste es un informe verdadero y exacto y entiendo que cualquier información inexacta o falsa puede descalificar a mi(s) estudiante(s) de seguir participando en este programa.

Nombre del Padre de Familia/ Tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para el personal de la biblioteca

Iniciales del personal: _____

Fecha: _____

Nota- este formulario está sujeto a cambios según la orientación del estado de Illinois sobre el programa Tarjetas para Niños.