



REGISTRATION FORM

To complete the registration process, for your child(ren), submit forms in person. to One Place. For more information please call 910-938-0336

Child Information

Child must be under 5 years old to register.

1st Child's FULL Name _____

Child's Date of Birth _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

2nd Child's FULL Name _____

Child's Date of Birth _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

3rd Child's FULL Name _____

Child's Date of Birth _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

Parent/Carer Information

Authorized Adult Name _____ Phone _____

PLEASE PRINT

Email Address _____

Providing your email address will allow you to receive an email registration confirmation and access your Dolly Parton Imagination Library portal.

Mailing Address _____

ADDRESS

CITY

POST CODE

Primary Language in the Home _____

Military Status (if applicable) Active-duty Retired Reservist Veteran

Authorized Adult Signature _____

OFFICE USE ONLY

Date Received _____ / _____ / _____ Registration Site _____

One Place Program Participation _____





FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para completar el proceso de inscripción, para su(s) hijo(s), envíe sus formularios en persona a un solo lugar.

Para obtener más información, llame al 910-938-0336.

Información del niño

El niño debe ser menor de 5 años para registrarse.

1º Nombre COMPLETO del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

2º Nombre COMPLETO del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

3º Nombre completo del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

Información para Padres/Cuidadores

Teléfono con nombre de adulto autorizado _____

PLEASE PRINT

Dirección de correo electrónico _____

Proporcionar su dirección de correo electrónico le permitirá recibir una confirmación de registro por correo electrónico y acceder a su portal de la Biblioteca de Imaginación de Dolly Parton.

Dirección postal _____
ADDRESS

_____ CITY POST CODE

Lengua materna en el hogar _____

Estado militar (si corresponde) Servicio activo Reservista retirado Veterano

Firma de un adulto autorizado _____

OFFICE USE ONLY

Date Received ____ / ____ / ____ Registration Site _____

One Place Program Participation _____

