



**Solicitud para el nido del búho**  
La biblioteca pública de Sioux Center

La biblioteca pública de Sioux Center le invita a su hijo/a a participar el programa el nido del búho. En este programa, ofrecemos clases de lectura individualizadas para los estudiantes de TK a 4º grado. La biblioteca encontrará a un voluntario/a para leer uno-a-uno con su hijo/a. Leerán juntos en la biblioteca por lo menos una vez a la semana. Si le gustaría participar en este programa, por favor llene los dos lados de esta solicitud para que podamos emparejarlo con un voluntario/a.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de hijo/a: \_\_\_\_\_ niño    niña

Nombre de padre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
(Persona de contacto, si es diferente):

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Teléfono de la persona de contacto, si es diferente): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si tiene): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de libros que le gusta leer: \_\_\_\_\_

Nivel de leer: **emergente** (TK – K)      **fácil** (1º – 2º grado)      **desarrollando** (3º – 4º grado)

¿Cómo describiría la lectura su hijo/a? (Puede preguntarle a su maestro/a.)

- Me gusta leer, pero es difícil para mí.
- Me gusta leer, pero espero entender mejor lo que leo.
- Me gusta leer, pero espero leer mejor las palabras.
- Todavía es difícil leer en voz alta, necesito practicar más
- Todavía no me gusta leer, espero disfrutarlo más.

Pienso que mi hijo/a necesita ayuda con: \_\_\_\_\_

Intereses y pasatiempos de mi hijo/a: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier preocupación que tiene u otras necesidades de la cuales debemos saber:  
(alergias, problemas de salud, limitaciones físicas, prefiere un voluntario hombre/mujer, otras preocupaciones)

¿Cuándo está disponible para reunirse con el voluntario/a? Favor de escribir la hora en los espacios.

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
AM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Favor de leer el acuerdo siguiente y firmarlo.

Yo doy permiso que (nombre del hijo/a) \_\_\_\_\_ participe en el programa El Nido del Búho. Si (nombre del hijo/a) \_\_\_\_\_ no puede asistir a la hora programada, notificaré a los empleados de la biblioteca al 712.722.2138 lo más pronto posible. Entiendo que, si mi hijo/a no asista a la hora programada sin previo aviso 3 veces, la biblioteca reserva el derecho de dar la plaza de mi hijo al siguiente niño esperando a un voluntario/a.

*Por medio de firmar aquí, yo estoy de acuerdo de indemnizar y sostener la biblioteca y sus empleados, agentes, oficiales, consejeros, clientes y otros voluntarios libre e inofensivo de cualquier pérdida, responsabilidad, incluso los honorarios de abogado, por daños corporales, daños materiales, pérdida o robo de mi propiedad, en relación con la participación en el programa El Nido del Búho.*

Firma de padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si quiere darnos permiso de usar fotos de su hijo/a en la publicidad y si quiere darnos permiso de compartir el portafolio de su hijo/a con su maestra de la escuela, escriba sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_

Si no puede asistir a la hora programada o con cualquiera otra pregunta, hable con:  
**Janelle Phinney (habla inglés) o Ruth Mahaffy (habla español e inglés) Teléfono: 712-722-2138**  
**O mándenos un mensaje por WhatsApp al 712.722.2138.**

\_\_\_\_\_ *office use only* \_\_\_\_\_

Assigned Volunteer: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Date/time of first meeting: \_\_\_\_\_

