



**Ser un amigo de lecturá:
es una actividad
en el que su hijo esperara**

El apoyo de la lectura y la diversión de todo el verano.

.....
El ánimo y la atención
entusiasta de un amigo de lectura.

.....
La recompensa de un joven voluntario.

.....
Su niño estará "listo para leer"
para la escuela en Septiembre.

.....
**Recibe un Certificado como
Compañero de lectura** por terminar el programa!
Éste evento será conducido en inglés.



AMIGOS de LECTURA
BIBLIOTECA del CONDADO de OCEAN

Aumente el interés de su niño por la lectura y los libros

Apoye el escuchar y la practica oral de la lectura

Un niño pequeño + un joven = La diversión de lectura en verano!

La maravillosa exposición de la literatura infantil

Conectando gente, construyendo comunidades
www.theoceancountylibrary.org

SOLICITUD PARA AMIGOS DE LECTURA

Completa ambos lados y regresa
A más tardar: 16 de Junio, 2017

Amigos de Lectura en la Sucursal de Stafford
Martes 27 Junio 2017 - Jueves 17 de Agosto 2017
Par los niños entrar en grados 1-3.

HORARIOS

La junta para los amigos de lectura será en los siguientes horarios. Por favor circula los cuales estas disponible para agrandar las oportunidades de ser aceptado en el programa. El programa será basado en la disponibilidad de un amigo adolescente y un amigo niño.

Martes 10:30 am 11:30 am
(6/27, 7/11, 7/18, 7/25, 8/1, 8/8, 8/15)

Miércoles 10:30 am 11:30 am
(6/28, 7/5, 7/12, 7/19, 7/26, 8/2, 8/9, 8/16)

Jueves 10:30 am 11:30 am
(6/29, 7/6, 7/13, 7/20, 7/27, 8/3, 8/10, 8/17)

Si, estoy de acuerdo en llamar con anticipación si no puede asistir a una sesión.

Por favor escriba la fecha en la que no esté disponible de atender por causa de vacaciones.

Los amigos de lectura deberán atender a un mínimo de 5 sesiones para completar el programa.

¿Preguntas?

Número de teléfono: 609-597-3381

Enviar un correo electrónico: cnieddu@theoceancountylibrary.org

Nombre: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado en Septiembre '17 _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Email / Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por acompañarlos en el programa de amigos de lectura del condado de ocean mi hijo y yo estaremos de acuerdo con:

- Sostener los esfuerzos del voluntario que asignaron a mi niño.
- Traer a mi niño a todas las sesiones planificadas y se quedara disponible en el edificio de la biblioteca
- Llamar al supervisor en caso de no poder asistir a una de las sesiones.

Por la presente otorgo mi permiso a mi hijo para formar parte en el programa de Amigos de Lectura Voluntarios en la Librería del Condado de Ocean y programas voluntarios subsecuentes.

Firma del Padre o Tutor

Deje su aplicación o envíela a la sucursal de Stafford.

O envíela por correo a:

Ocean County Library
Stafford Branch
129 N. Main St.
Manahawkin, NJ 08050