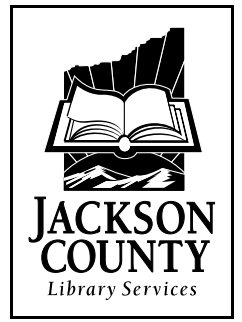


Solicitud para tarjeta de biblioteca

Favor de escribir con letra de molde



Nombre completo legal

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Dirección postal

Número y calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección de domicilio

(Si es diferente)

Número y calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Correo-e _____ Teléfono de casa _____

Masculino

Femenino

Teléfono de trabajo/mensaje _____

Fecha de nacimiento _____ Contraseña _____

Mes

Día

Año

de 4 a 16 dígitos o letras

Consiento pagar todas las multas, y los costos de artículos dañados o perdidos, que correspondan al uso de mi tarjeta; conformarme con el reglamento de la Biblioteca Jackson County Library Services; y notificar inmediatamente al biblioteca si se me pierde mi tarjeta.

Firma Del Solicitante: _____ Fecha _____

* * * * *

Aplicantes Menores de 18 Años:

Nombre del Padre/Guardián _____

Dirección del Padre/Guardián _____

Acepto la responsabilidad por las materiales prestados a mi niño y notificar inmediatamente al biblioteca si se le pierde su tarjeta.

Firma del Padre/Guardián _____

Número de tarjeta bibliotecaria del padre/guardián _____

Staff Use

Patron Barcode Number _____

Driver's License Number _____

Second ID

Full Service _____

Limited Service _____

Staff Initials _____ Date _____