



**biblioteca pública  
del condado de Jackson**

Sea seguro traer dos formas de identificación con usted para verificar su dirección (licencia de conductor, correo medido, los etc.) cuando usted vuelve esta forma. Los prestatarios deben estar presentes en la biblioteca obtener una tarjeta. El personal de la biblioteca no puede procesar su forma de registro sin ver la verificación de la dirección. Gracias.

Sr. Señora Ms Srta. Other \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre medio: \_\_\_\_\_ Nombre Pasado: \_\_\_\_\_

Dirección Casera: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Usted necesita un número de identificación personal utilizar el laboratorio de la computadora. PERNO \_\_\_\_\_

**LOS AVISOS SOBRE ARTÍCULOS ATRASADOS SERÁN ENVIADOS POR CORREO SI USTED NO TIENE E-MAIL. USTED NO RECIBIRÁ NINGUNA INFORMACIÓN SOBRE SU ASIMIENTO SI USTED NO PROPORCIONA UN NÚMERO DE TELÉFONO.**

Dirección Del E-mail: \_\_\_\_\_

usted tiene gusto a notificado del siguiente por E-mail:

- Lanzamientos de prensa
- Las clases ofrecieron a través de la biblioteca

**Leído por favor y muestra:**

**ACUERDO SER RESPONSABLE DE LOS MATERIALES PRESTADOS CON ESTA TARJETA Y DE LAS MULTAS Y DE LOS HONORARIOS INCURRIDOS EN, INCLUYENDO ARTÍCULOS PERDIDOS Y DAÑADOS.**

FIRMA: \_\_\_\_\_

Si debajo de 18, haga por favor que esta sección sea completada por su padre o guarda:

Nombre del padre o del guarda: \_\_\_\_\_

Dirección del padre o del guarda y número de teléfono (si es diferente): \_\_\_\_\_

ACUERDO SER RESPONSABLE DE LOS MATERIALES PRESTADOS POR EL MENOR DE EDAD Y/O LAS MULTAS ANTEDICHOS Y LOS HONORARIOS INCURRIDOS EN, INCLUYENDO LAS CARGAS PARA EL MATERIAL PERDIDO Y DAÑADO. ENTIENDO QUE LA BIBLIOTECA NO ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DE LA OPCIÓN DE MI NIÑO DE LOS MATERIALES DE LA BIBLIOTECA DE LAS COLECCIONES DEL ADULTO O DE LOS NIÑOS. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD COMPLETA DE LA SELECCIÓN DE LOS MATERIALES HECHOS POR ESTE MENOR DE EDAD.

Firma del padre o del guarda: \_\_\_\_\_

STAFF USE ONLY

SIGNATURE VERIFIED: \_\_\_\_\_ ADDRESS VERIFIED: \_\_\_\_\_ SIGNATURE CAPTURED: \_\_\_\_\_

TOWNSHIP/COUNTY: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

BARCODE: 27500000 \_\_\_\_\_ STAFF MEMBER INITIALS: \_\_\_\_\_

TYPE OF CARD: RECIPROCAL      PLAC      FEE      LOCALEMP      RESIDENT

DRIVERS LICENSE NUMBER (IF APPLICABLE): \_\_\_\_\_