



Biblioteca Pública de Daly City

Acuerdo de tarjeta de biblioteca

Nombre:

 APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL NOMBRE SEGUNDO

Nombre Legal (si es diferente al anterior):

 APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL NOMBRE SEGUNDO

Domicilio:

 NUMERO DE CASA Y CALLE APT. #

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección Postal (si es diferente al anterior):

 NUMERO DE CASA Y CALLE APT. #

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___
MES DIA AÑO

Correo Electrónico: _____

Acepto seguir todas las políticas, normas y reglamentos de la Biblioteca Pública de Daly City (DCPL): ser responsable de los materiales cargados a esta tarjeta; notificar a DCPL cuando la información que he dado haya cambiado; y traer mi tarjeta o identificación con foto cada vez que visite para sacar materiales o acceder a mi cuenta. Entiendo que debo notificar a DCPL si pierdo o me roban mi tarjeta. Si estoy firmando esto como padre/tutor legal del registrante, entiendo que mi hijo tiene derecho a la confidencialidad por ley estatal.

 FIRMA DE REGISTRANTE

 NOMBRE DEL PADRE O TUTOR *(Para niños menores de 14 años o jóvenes menores de 18 años sin I.D.)*

Regístreme para recibir el boletín electrónico mensual de DCPL sobre eventos especiales de la biblioteca

FOR OFFICE USE ONLY:

Barcode: 2-904 _____ Staff Initials: _____ Date: _____



Biblioteca Pública de Daly City

Acuerdo de tarjeta de biblioteca

Nombre:

 APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL NOMBRE SEGUNDO

Nombre Legal (si es diferente al anterior):

 APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL NOMBRE SEGUNDO

Domicilio:

 NUMERO DE CASA Y CALLE APT. #

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección Postal (si es diferente al anterior):

 NUMERO DE CASA Y CALLE APT. #

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___
MES DIA AÑO

Correo Electrónico: _____

Acepto seguir todas las políticas, normas y reglamentos de la Biblioteca Pública de Daly City (DCPL): ser responsable de los materiales cargados a esta tarjeta; notificar a DCPL cuando la información que he dado haya cambiado; y traer mi tarjeta o identificación con foto cada vez que visite para sacar materiales o acceder a mi cuenta. Entiendo que debo notificar a DCPL si pierdo o me roban mi tarjeta. Si estoy firmando esto como padre/tutor legal del registrante, entiendo que mi hijo tiene derecho a la confidencialidad por ley estatal.

 FIRMA DE REGISTRANTE

 NOMBRE DEL PADRE O TUTOR *(Para niños menores de 14 años o jóvenes menores de 18 años sin I.D.)*

Regístreme para recibir el boletín electrónico mensual de DCPL sobre eventos especiales de la biblioteca

FOR OFFICE USE ONLY:

Barcode: 2-904 _____ Staff Initials: _____ Date: _____