

BIBLIOTECA PUBLICA DE OAKLAND

**Registro para Tarjeta Infantil de la Biblioteca
(5 a 12 años de edad)**

Si tienes alguna incapacidad, solicita un formulario de Servicios Extendidos

Nombre de Niño: _____
(Por favor, escriba con letra de molde) Apellido Nombre Inicial Media

Dirección residencial _____
Calle Apt. #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (_____) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Mes Día Año

Escuela _____ M ____ F ____

Dirección postal si es diferente a la indicada anteriormente: _____
Calle Apt. #

Ciudad Estado Código Postal

E-mail: _____

Marque aquí para recibir noticias y eventos de la biblioteca a través del correo electrónico.

Si **prefieres** leer en un idioma diferente al inglés, por favor indica en qué idioma _____

Convengo seguir los reglamentos de la biblioteca.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Como padre de familia/guardián, me hago responsable por los materiales sacados por mi menor y del pago de cualquier cuota o cargo que pudiera corresponder. Entiendo que los materiales para adultos y adolescentes que sean prestados a mi menor están sujetos al pago de multas si son devueltos después de la fecha límite y que algunos materiales, tales como videos/DVDs, tienen multas más altas. Cualquier restricción sobre el uso de la tarjeta de biblioteca de mi hijo es mi responsabilidad.

Firma del padre o guardián _____

Nombre del padre, madre o guardián _____
(Por favor, escriba con letra de molde)

No. de Licencia de Conducir/Identificación de CA del padre o guardián _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA 12/2009
Código de barras _____ Iniciales del empleado _____ Fecha _____ Tipo: VER UNV