



NOMBRE _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

DIRECCION _____ APT _____

CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

No. TELEFONO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CORREO ELECTRONICO _____

Preferencia de Notificación de Cuenta (seleccione uno) Teléfono Correo Electrónico Texto

Lenguaje Preferido _____

Permiso de recoger artículos en reserva _____

Afirmo que la información escrita arriba es correcta.

Como residente del distrito de Palatine, esto aplicando por una tarjeta de Palatine Public Library District. Entiendo y acepto lo siguiente:

- Reportar la pérdida o robo de la tarjeta inmediatamente.
- Hacerme responsable por los materiales antes de reportar la perdida de la tarjeta.
- Informar inmediatamente cambio de dirección o nombre.
- La tarjeta es estrictamente para mi uso personal y reportare cuando me mude del distrito.
- Cumplir con tomarme una imagen fotográfica y proveer mi fecha de nacimiento como prueba de identificación.
- Me comprometo a seguir todas sus reglas y pagar prontamente el costo o daños que se añadan a mi cuenta, con el entendimiento de que cargos no pagados dentro 45 días de aviso será remitido a una agencia de colección.

Firma del Aplicante _____ Fecha _____

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL

- Quiero que mi hijo tenga acceso a los materiales disponibles en la biblioteca.
- Reconozco que la biblioteca contiene materiales que en mi punto de vista no son apropiados para mi hijo.
- Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de seleccionar material para mi hijo.
- Entiendo que cuando mi hijo cumpla 14 años no tendré acceso a los registros de la Biblioteca sin su permiso.
- Acepto la responsabilidad por cualquier deuda contraída por mi hijo y pagar inmediatamente sea por daños o el costo.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar la tarjeta de la biblioteca hasta los 18 años.

Padre/Tutor Legal _____

Escriba su Nombre en Letra de Molde _____