Solicitud para la tarjeta biblioteca de niños

Biblioteca Pública del Municipio De Waterford Township

(Por favor letra imprenta) - La información será confidencial

Nombre del niño legal_____ Género_____
Apellido Primer segundo nombre

Domicilio_____
Número Calle Apartamento #

_____
Ciudad Código postal

Teléfono_____

Fecha de Nacimiento: Mes_____Día_____Año_____

Escuela_____Grado_____

Nombre del padre/guardian legal_____
Apellido Primer segundo nombre

Número de licencia de conducir (REQUERIDO)_____

Domicilio (Solo si es diferente al del niño):

_____
Número Calle Apartamento#

_____
Ciudad Código postal Número de teléfono

Yo certifico que la información brindada es correcta. Accepto la responsabilidad por los materiales prestados con la tarjeta bibliotecaria otorgada atraves de este formulario. La responsabilidad de devolver los materiales prestados es de aquella persona cuya firma aparece en la última linea de esta formulario Ni la biblioteca, ni su personal asume ninguna responsabilidad por perdida de material.

_____

Firma del Padre/Guardian Legal