

**Biblioteca Pública de Sur San Francisco
Península Library System
Formulario de Registro**

Nombre del Cliente _____
APELLIDO NOMBRE(S)

Padre o Guardián _____
(si es menor de 18 años) APELLIDO NOMBRE(S)

Número del ID del Padre o Guardián (CDL#) _____

Domicilio _____
DE CASA CALLE # DE APARTAMENTO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono (_____) _____

Teléfono del Trabajo (_____) _____

Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento _____

Si no recibe correo en casa _____
DE CASA CALLE # DE APARTAMENTO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

SOLAMENTE PARA EMPLEADOS

Date: _____

Initial: _____

Barcode: _____

Applicant CDL#: _____

CDL Exp. Date: _____

Other ID: _____

Ptype: _____

Home Library: _____

Direct Loan: _____

Census: _____

Class Visit? (Reiteration Letter Sent?)

PERSONAS DE TERCERA EDAD (Residentes de Sur San Francisco SOLAMENTE), personas que tienen 62 años o más, no acumulan multas en las bibliotecas públicas de Sur San Francisco para libros, películas o CDs de la bibliotecas de Sur San Francisco. Ustedes serán multados de cosas de las otras bibliotecas del condado de San Mateo si los devuelven tardes.

ATENCIÓN PADRES: La póliza de la biblioteca permite a los niños acceso a todos los materiales en el sistema. Como padre o guardián, si desea limitar el acceso de sus hijos a los materiales de la biblioteca, debe decirles a sus hijos de este deseo. La biblioteca no puede negar materiales a nadie debido a su edad. La biblioteca pública de Sur San Francisco anima a los padres a tomar un interés activo en lo que leen sus hijos. Leer es más divertido y significativo cuando es compartido.

- **ME COMPROMETO A SEGUIR TODAS LAS REGLAS DE LA BIBLIOTECA, SER RESPONSABLE DE LOS MATERIALES QUE CARGO EN ESTA TARJETA, Y NOTIFICAR LA BIBLIOTECA CUANDO MI INFORMACIÓN HAYA CAMBIADO.**
- **COMPRENDO QUE ES NECESARIO NOTIFICAR LA BIBLIOTECA SI LA TARJETA ES PERDIDA O ROBADA.**
(Las leyes de privacidad no nos permita darle información sobre su cuenta si no trae su tarjeta.)
- **TRAERÉ MI TARJETA CADA VEZ QUE VISITO LA BIBLIOTECA.**

X _____ **X** _____
FIRMA DEL CLIENTE FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN SI ES MENOR DE 18 AÑOS

La biblioteca pide su asistencia **VOLUNTARIA** en ayudarnos con la información siguiente, que nos ayudará para planificar servicios y programas, comprar materiales para la biblioteca y aplicar para becas. Esta información será confidencial.