STARK LIBRARY

# TARJETA BIBLIOTECARIA APLICACION

715 MARKET AVENUE NORTH, CANTON OH 44702 WWW.STARKLIBRARY.ORG

NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE (REQUIRED) _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ ____ / ____ / ____ FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

( _____ ) _____ – _____ TELÉFONO PRINCIPAL

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

Cuando tengo los materiales listos para los artículos de recogida o atrasados en contacto conmigo por **( a elegir)** :

- ☐ Teléfono
- ☐ Email
- ☐ Texto/Email (Número)

  ( _____ ) _____ – _____

  NÚMERO DE TEXTO

Estas otras personas pueden usar mi tarjeta de la biblioteca y tener pleno acceso a mi expediente de la biblioteca :

NOMBRE 1 _____

NOMBRE 2 _____

NOMBRE 3 _____

**SI EL SOLICITANTE ES MENOR QUE UN PADRE / TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN**

DVD Censura “R” y Juegos de Video de censura “M”

- ☐ PERMITIR QUE MI HIJO(A) PRESTE DVDS DE CENSURA “R” Y JUEGOS DE VIDEO DE CENSURA “M”
- ☐ RESTRINGIR EL ACCESO A MI HIJO(A) DE DVDS CENSURA “R” Y JUEGOS DE VIDEO DE CENSURA “M”

Acceso a Internet

- ☐ PERMITIR QUE MI HIJO TENGA ACCESO A TODOS LOS SITIOS WEB (SIN FILTROS)
- ☐ RESTRINGIR A MI HIJO(A) EL ACCESO DE SITIOS PARA ADULTOS EN EL INTERNET (FILTRADO)

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR _____

Staff Use Only: Initials _____ Barcode _____