Bibliotecas del Distrito Rural del Condado de Walla Walla
PLANILLA DE REGISTRACION DE TARJETA *para Niños/as* (menores de 18 años)

INFORMACIÓN PERSONAL del <u>niño/a</u>

_____ _____ _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento: _____ _____ _____
Mes Día Año

INFORMACIÓN PERSONAL del <u>padre o tutor</u> *(Presente una identificación válida con su dirección actual.)*

_____ _____ _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

¿Tiene una tarjeta valida de *WALNET*? ☐ Sí ☐ No

STAFF USE ONLY: Parent/Guardian Barcode
24388 __ __ __ __ __ __ __ __ __

DIRECCIÓN POSTAL del <u>padre o tutor</u>

_____ _____ _____ _____
Calle o PO Box Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN RESIDENCIAL del <u>padre o tutor</u> ☐ **Marque el cuadro si igual que la Dirección Postal**

_____ _____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN PARA LOCALIZARLO

_____ _____
Teléfono Principal: *(circule uno)* casa / trabajo / celular Teléfono Opcional: *(circule uno)* casa / trabajo / celular

_____
Dirección de correo electrónico *(para notificarle cuando tenga artículos vencidos o en reserva y disponibles para recoger)*

Las siguientes personas están autorizadas para recoger artículos en reserva que estén disponibles:

_____
Para calificar, las personas tienen que vivir en su casa y tener su propia tarjeta de *WALNET*.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Me comprometo a seguir las reglas del Distrito Rural de Bibliotecas del Condado de Walla Walla y a pagar todos los costos o cargos por materiales que sean extraviados, dañados o devueltos tarde por el niño/a aquí registrado. Entiendo que el incumplimiento de las tales normas de la biblioteca puede resultar en la suspensión de los privilegios de dicho niño/a o, en la remisión a una agencia de colección. Las normas de la biblioteca y sus materiales están regulados y protegidos por la ley estatal. Si soy referido a una agencia de colección por no regresar materiales, o por haber devuelto materiales dañados, se me cobrará un cargo adicional de recuperación. Entiendo y acepto que cualquier acción judicial, con respeto a mi cuenta de biblioteca, será en el Condado de Walla Walla y, si se requiere una demanda legal, me comprometo a pagar los honorarios razonables de los abogados y sus costos.

_____ _____
Firma *(OBLIGATORIA)* Fecha de Hoy

*La información del rectángulo, inferior, es de uso exclusivo para los empleados de la biblioteca.

STAFF USE ONLY | Registered at: ☐ Burbank ☐ Prescott ☐ Touchet ☐ Vista Hermosa ☐ Other _____
Barcode: 24388 __ __ __ __ __ __ __ __ __ | Registration date: ___ /___ /___ | Staff Initials: _____
Data Entry Review: Review date: ___ /___ /___ | Reviewer Initials: _____ | Form revised November 2009