

LIBRARY CARD APPLICATION

تطبيق بطاقة المقترض

FULL: 1 _____

TLN: 5 _____

PLEASE PRINT: (Information Will Be Confidential and is for Library Use Only)

يرجى طباعة باللغة الإنجليزية (المعلومات ستكون سرية و للمكتبة فقط)

Name: _____
اسم Last آخر First الأول Middle Initial حرف اسم الاوسط

Mailing Address: _____
الرقم البريدي Zip ولاية State المدينة City شقة Apt./Suite شارع Street رقم رقم Number عنوان البريد

E-mail Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Phone # () _____
هاتف Area Code الرقم المنطقة بيت Home سل Cell

Date of Birth _____
تاريخ الميلاد mm/dd/yyyy شهر / يوم / سنة

Driver's License # / State ID _____
رقم رخصة القيادة / رقم هوية الولاية

Select Contact Preference(s) حدد تفضيلات الاتصال

- ☐ Send Email Messages
أرسل لي إشعارات عبر البريد الإلكتروني
- ☐ Send Text Messages
إرسال لي إشعارات البريد النصي
- ☐ Automated Phone Messages
رسائل الهاتف الآلي

PIN

Suggested
مقترح

Birthday mm/dd
تاريخ الميلاد مم/يوم

I will accept responsibility for all materials borrowed on this library card and for any charges that may accrue. I agree to abide by the rules and policies of the Dearborn Public Library. I understand that access to any material or service is not restricted by age.

أتحمل المسؤولية عن جميع المواد المستعارة ببطاقة المكتبة هذه وعن أي رسوم قد تترتب على ذلك. أوافق على الالتزام بقواعد وسياسات مكتبة ديربورن العامة. أفهم أن الوصول إلى أي مواد أو خدمة غير مقيد بالعمر.

Cardholder Signature _____ Date: _____
توقيع حامل البطاقة تاريخ: الشهر/اليوم/السنة mm/dd/yyyy

Complete section below if applicant is under age 18

أكمل القسم أدناه إذا كان المتقدم أقل من 18 عامًا

I hereby declare that: _____
صرح بما يلي:

- 1) I am the parent / legal guardian of the above named child; and
أنا الوالد / الوصي القانوني للطفل المذكور أعلاه؛ و
- 2) I accept full responsibility for return of library materials checked out by the above named child, as well as liability for payment of the child's overdue fines and damaged or lost materials; and
أتحمل المسؤولية الكاملة عن إعادة مواد المكتبة التحقق من قبل الطفل المذكور أعلاه، بالإضافة إلى مسؤولية دفع الغرامات المتأخرة للطفل والمواد التالفة أو المفقودة؛ و
- 3) I give consent for the release of the child's library records to:
أعطي الموافقة على الإفراج عن سجلات مكتبة لطفل إلى:

Print Parent/Guardian Full Name: _____ طباعة الاسم الكامل للوالد/الوصي:

Print Parent/Guardian Full Name: _____ طباعة الاسم الكامل للوالد/الوصي:

Signature: Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____
التوقيع: توقيع الوالد/الوصي القانوني تاريخ: الشهر/اليوم/السنة mm/dd/yyyy

PARENT/LEGAL GUARDIAN FOR APPLICANTS UNDER 18

Release of Minor Child's Library Record

Public Act 188 of 1996 was signed into law to amend the Michigan Library Privacy Act. This Act allows the library to release library records of minor children, if we have received the written consent of the person or persons liable for any charges and for return of the child's library materials.

What this means to a Parent or Guardian:

- When you ask to check your child's record, the library will require a picture ID for identification. If your request is by telephone, you will need to know the child's library card number and other identifying information.

* * * * *

الإفراج عن سجل المكتبة للطفل الصغير

ووقع قانون العام ١٨٨ لعام ١٩٩٦ في قانون لتعديل قانون الخصوصية مكتبة ميشيغان. هذا القانون يسمح للمكتبة للإفراج عن سجلات مكتبة الأطفال القاصرين ، إذا تلقينا موافقة خطية من الشخص أو الأشخاص المسؤولين عن أي رسوم و للعودة من المواد مكتبة الطفل.

و هذا يعني أن أحد الوالدين أو الوصي :

*عندما أسأل سجل طفلك ، فإن مكتبة تتطلب صورة الهوية . إذا طلبك عن طريق الهاتف ، رقم بطاقة المكتبة للطفل و المعلومات الأخرى.

FOR LIBRARY USE ONLY فقط استخدام المكتبة

(BType) Borrower Loan Type

_____ PNP (not paid)
_____ NR (paid)
_____ TLN
_____ ST (staff)
_____ HB (homebound)

Stat Class

_____ RESident _____ NRHeights _____ NRStudent _____ NRFamily
_____ NREmployee _____ NRPaid _____ TLN Borrower _____ NRTaxpayer

Registered by _____ Date _____
Staff Signature mm/dd/yyyy