



LIBRARY CARD APPLICATION

تطبيق بطاقة المقرض

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: _____ حرف اسم الاوسط _____
اسم _____ Last _____ First _____ Middle Initial _____

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

E-mail Address: _____
عنوان البريد الإلكتروني

Phone # _____
هاتف _____ Area Code _____ الرقم المنطقية _____
Cell _____ سل _____ Home _____ بيت _____

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

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

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.**

Select Contact Preference(s)
حدد تفضيلات الاتصال

<input type="checkbox"/> Send Email Messages أرسل لي إشعارات عبر البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/> Send Text Messages أرسل لي إشعارات البريد النصي
<input type="checkbox"/> Automated Phone Messages رسائل الهاتف الآلي

PIN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suggested المقترن	Birthday mm/dd تاريخ الميلاد مم/يوم			

أتحمل المسؤلية عن جميع المواد المستعارة ببطاقة المكتبة هذه وعن أي رسوم قد تترتب على ذلك. أتفق 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 عاماً

I hereby declare that:

- 1) I am the parent / legal guardian of the above named child; and
- 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
- 3) I give consent for the release of the child's library records to:

طباعة الاسم الكامل للوالد/الوصي: _____

طباعة الاسم الكامل للوالد/الوصي: _____

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

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

وقع قانون العام ١٩٩٦ لعام ١٨٨ في قانون لتعديل قانون الخصوصية مكتبة ميشيغان. هذا القانون يسمح للمكتبة للافراج 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.

للاستخدام المكتبة فقط

FOR LIBRARY USE ONLY					
<u>(BType) Borrower Loan Type</u>		<u>Stat Class</u>			
<input type="checkbox"/> PNP (not paid)	<input type="checkbox"/> RESident	<input type="checkbox"/> NRHeights	<input type="checkbox"/> NRSStudent	<input type="checkbox"/> NRFamily	
<input type="checkbox"/> NR (paid)	<input type="checkbox"/> NREmployee	<input type="checkbox"/> NRPaid	<input type="checkbox"/> TLN Borrower	<input type="checkbox"/> NRTaxpayer	
<input type="checkbox"/> TLN					
<input type="checkbox"/> ST (staff)					
<input type="checkbox"/> HB (homebound)					
Registered by _____		Staff Signature _____	Date _____	mm/dd/yyyy	