



Solicitud para Sistema de las bibliotheca Treverse des Sioux
Saint Peter Public Library
601 South Washington Avenue
Saint Peter, MN 56082

Toda la informacion dada aqui es confidencial y no se puede revelar para otros propositos ajenos a la biblioteca si no en virtud de una orden del tribunal. Estatatos del Estado de Minneosta, Seccion 13.40, Subparte 2

Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____

Dirección local

Calle / Apartado / Apt. _____

Debe proporcionar comprobante de domicilio

Ciudad _____

Estado _____ Municipio _____ Código postal _____

No. de telefono _____ - _____ - _____

dirección de correo electrónico _____

Dirección de trabajo / permanente / tutor

Número de teléfono de trabajo / permanente / tutor _____

Prometo cumplir con todas las reglas de la biblioteca, pagar puntualmente las multas o daños que se me cobren y notificar de inmediato el cambio en mi dirección.

 Firma

 Firma del padre o tutor si el solicitante es menor de 18 años

Revised 2/2020

Solo uso de la biblioteca

206 - - - - -

Date Card Issued _____ Staff Initials _____