

# KALAMAZOO COUNTY ID CARD APPLICATION

DATE DE L'APPLICATION:

NOM:

PRENOM:

DEUXIEME PRENOM:

NOM DE FAMILLE:

NOM OFFICIEL (SI C'EST DIFFERENT):

PRENOM:

DEUXIEME PRENOM:

NOM DE FAMILLE:

KALAMAZOO COUNTY ADDRESS:

Rue

Ville, Etat

Zip Code

EMAIL (Optional):

J'AIMERAIS Y RECEVOIR :  LES NOTIFICATIONS DE RENOUELEMENT  LES NOUVELLES DU *County ID Program*

DATE DE NAISSANCE:

COULEUR DES YEUX:

HAUTEUR (PIED' POUCE'')

MOIS

JOUR

ANNEE

PERSONNE EN CAS D'URGENCE(Optionelle):

NAME:

ADDRESS:

VILLE, ETAT, ZIP:

PHONE:

PRIERE DE M'AJOUTER DANS LE REGISTRE DU DONNEUR D'ORGANE DE MICHIGAN (Date de naissance sera ajouter dans le registre du donneur de Michigan)

JE SERVE DANS L'ARMEE DES ETATS UNIS D'AMERIQUE (U.S.A.)

JE SUIS ENREGISTRE(E) DANS AU SYSTEME D'ARLETE MEDICALE DUE A UNE CONDITION MEDICALE (En cas d'urgence, les premiers sur les lieux sont formé(es) a verifier au poignet et le cou a fin de localiser un bracelet medical d'identification contenu les informations medicaux)

SIGNATURE:

## STAFF USE ONLY

APPROVED

NOT APPROVED

STAFF INITIALS

ID CARD NUMBER

DATE

METHOD OF PAYMENT: CASH

CHECK

CREDIT/DEBIT

SCHOLARSHIP

TRANSACTION ID #