



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TARJETA DE BIBLIOTECA

Bibliotecas Distritales del Condado Springfield-Greene • Springfield, Missouri

**SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN
CON FOTO Y COMPROBANTE
DE DIRECCIÓN ACTUAL.**

Condado de residencia _____ Fecha nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Nombre _____ Firma (requerida) _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL SEGUNDO

Dirección postal _____
CALLE NÚM. APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección permanente _____
CALLE NÚM. APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono primario (_____) Otro teléfono (_____)
CÓDIGO DE ÁREA CÓDIGO DE ÁREA

Dirección de correo electrónico _____

Para recibir notificaciones de reservaciones, vencimiento, etc. (marque una): Teléfono Correo electrónico

Padre/madre/tutor (si el titular de la tarjeta es menor de 18 años):

NOMBRE PARENTESCO TELÉFONO FIRMA (REQUERIDA)

Para su comodidad, su tarjeta estará vinculada con las tarjetas de biblioteca de otros miembros de la familia que residen en su hogar.
Así les permitirá acceso a su tarjeta de biblioteca.

FOR OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Bar code 214920 _____ Date entered _____ Staff initials _____