



# 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 \_\_\_\_\_