



APLICACIÓN PARA ESTUDIANTES

(Para uso de oficina solamente)

Fecha _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARO

Nombre _____ Sexo: M _____ F _____

Dirección _____ Edad _____

_____ ¿Podemos mandarle la carta? Sí _____ No _____

#Teléfono (Casa) _____ ¿Podemos llamarle? Sí _____ No _____

(Trabajo) _____ ¿Podemos llamarle? Sí _____ No _____

Se registro a este programa anteriormente? Sí _____ No _____ ¿Esta Ud. empleado? Sí _____ No _____

Persona que habla inglés que le pueda dar un mensaje: _____

Teléfono durante el día de esta persona _____

¿Que idioma Ud. habla? _____ Marque aquí si Ud. el estudiante no habla inglés _____

¿En que país nació Ud.? _____

Por favor indique todo los días y las horas que Ud. tiene disponible para tomas las clases:

Lunes _____	Jueves _____	Mañana _____	Flexible _____
Martes _____	Viernes _____	Tarde _____	
Miércoles _____	Sábado _____	Noche _____	
	Domingo _____		

La mayoría de los estudiantes y tutores se reúnen en la biblioteca pública local. ¿Que bibliotecas prefieres?

Primera preferencia _____

Segundo preferencia _____

¿ Como vendrá a la biblioteca? Automóvil _____ Autobús _____ Taxi _____ Con mi amigo/familia _____
(Marque uno)

Otro _____

**Por favor, regrese la forma a: Literacy Suffolk, Inc., P.O. Box 9000, Bellport, NY 11713
(631) 286-1649 • Fax (631) 286-1668 • www.LiteracySuffolk.org**