



SOLICITUD PARA ESTUDIANTES

Fecha _____

(Office use only)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre _____ Apellido(s) _____ Sexo: M _____ F _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Pueblo _____ codigo postale _____

Teléfono _____ País de Nacimiento _____

El correo electrónico (email) _____

Contacto de habla inglesa Nombre _____ Número de telefónico _____

¿Ha registrado en este programa anteriormente? Sí _____ No _____

Contacto(s) preferido(s): _____ teléfono _____ email _____ correo regular _____

¿Entiende Ud. inglés? Si _____ No _____ un poco _____

*****Las sesiones son por lo menos dos horas por semana.******

*****Debe Ud. permanecerse en el programa por 12 meses consecutivas******

Por favor indique Ud. todos los días y las horas que está disponible

	mañana	tarde	noche		mañana	tarde	noche	sólo día
lunes	_____	_____	_____	jueves	_____	_____	_____	sábado _____
martes	_____	_____	_____	viernes	_____	_____	_____	domingo _____
miércoles	_____	_____	_____					

La mayoría de los estudiantes y tutores se reunen en la biblioteca pública local. ¿Qué biblioteca(s) prefiere Ud?

1 _____ 2 _____

Mail to: Literacy Suffolk, Inc. 627 N. Sunrise Service Road, Bellport, NY 11713
(631) 286-1649 • Fax: 286-1668 • www.LiteracySuffolk.org