



Reynolds School District #7  
Nutrition Services  
1214 NE 201<sup>st</sup> Avenue  
Fairview, OR 97024  
Office: 503.661-7200

### Petición de los padres de devolución del balance de la cuenta de comidas del estudiante

Para: Distrito Escolar de Reynolds #7, Servicios de Nutrición

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del(os) estudiante(s): \_\_\_\_\_

Nº de identificación del estudiante ID: \_\_\_\_\_

Escuela(s) a la que ha ido: \_\_\_\_\_

- Por favor devuélvanme el balance de la cuenta del estudiante arriba indicado.
- Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

**Para los padres: Las devoluciones vía US mail para balances**

\*\*\*\*\*For office use only\*\*\*\*\*

Date sent to NS Office \_\_\_\_\_

Balance W/D via Mealtime \$ \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

Vendor Email \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Request to Business Office \_\_\_\_\_ Req. # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_