



Reynolds School District #7
Nutrition Services
1214 NE 201st 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 _____