



SOLICITUD DE REEMBOLSO SERVICIOS DE NUTRICION

Por favor acepte esta forma como solicitud de reembolso de la cuenta de alimentos de mi estudiante. Yo entiendo que el reembolso se efectuara si mi hijo(a) tiene dinero en su cuenta. Estoy de acuerdo que soy responsable por cargos adicionales y ajustes que se hagan a la cuenta despues de que se haya procesado el reembolso.

POR FAVOR IMPRIMA:

Estudiante

Apellido

Nombre

Iniciales

Numero del Estudiante

Padre/Guardian

Telefono

Direccion

Firma

Por favor envíe la forma completa a:

ABC Unified School District
Katy Hutchins Nutrition Services
16700 Norwalk Blvd.
Cerritos, CA 90703
or
FAX: (562) 404-8926

PARA EL USO DE LA OFICINA

Procesado por

Fecha

Cantidad

No. de cheque
