



## Formulario de Pago por Adelantado – Programa de Nutrición Estudiantil

| No. de Identificación del estudiante | Nombre del estudiante | Escuela del estudiante | Pago |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|                                      |                       |                        |      |
|                                      |                       |                        |      |
|                                      |                       |                        |      |
|                                      |                       |                        |      |
| <b>Subtotal \$</b>                   |                       |                        |      |
| <b>Total \$</b>                      |                       |                        |      |

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Método de pago

Efectivo     Cheque (Pagadero a: San Mateo Union High School District)

Número de cheque \_\_\_\_\_

**Atención:**

- Los cheques tardarán 10 días en procesarse. Si su cheque es devuelto por falta de fondos deberá pagar la multa bancaria y no se aceptarán sus cheques en el futuro.
- Pagos en efectivo tardarán hasta tres días en aparecer en su cuenta.

Firma: \_\_\_\_\_

**No se harán reembolsos.**

| For Office Use Only                            |                                 |
|--|---------------------------------|
| Date Received _____                            | District Official Initial _____ |
| Date Processed _____                           |                                 |
| Original White: D.O.    Pink: Customer Receipt |                                 |