



Fecha: _____

Estimados Padres de Familia:

En busca de brindar un mejor servicio para los alumnos, se les solicita de la manera más atenta se sirvan apoyarnos con la información requerida a continuación.

Hacemos de su conocimiento que el pago de los alimentos se deberá hacer por adelantado para los alimentos del mes corriente, por lo tanto una vez realizado el pago y determinados los días seleccionados, no habrá cambios ni reembolsos.

NOMBRE DEL ALUMNO _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____ GRADO: _____ SALÓN: _____

COMIDA EXTRACURRICULAR (Platillo: Guisado, guarnición y agua fresca)

PRECIO POR PLATILLO \$35.00

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

A PARTIR DE (FECHA): _____

OBSERVACIONES (Intolerancia a Algún Alimento u Otras):

MES POR EL CUAL SE PAGA: _____

TOTAL DE COMIDAS _____ TOTAL A PAGAR \$ _____

NOMBRE Y FIRMA (correo electrónico, número telefónico (celular))

ATENDIÓ: _____ FECHA _____