



Estimados Padres de Familia:

En virtud de que hemos tenido acercamiento de varios de ustedes solicitando algún cambio para que sus hijos tengan sus alimentos conforme a lo solicitado y en busca de brindar un mejor servicio para ellos, 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 Y SALÓN \_\_\_\_\_

**DESAYUNO:** PRECIO UNITARIO     \$25    

LUNES     MARTES     MIÉRCOLES     JUEVES     VIERNES

A PARTIR DE: (FECHA) \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES (Intolerancia a Algún Alimento u Otras):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

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

ATENDIÓ: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_