



Formulario de Solicitud de Comida de Estudiantes de SCS

Nombre de la Escuela donde recoge las comidas: _____ Fecha: _____

Primer Nombre y Apellido del Pade, o Madre/Tutor: _____

Número de Teléfono: _____ Email: _____

Enliste a todos los niños en edad escolar inscritos en Shelby County Schools que viven en el mismo domicilio que estarán recibiendo las comidas.

Nombre(a) y Apellido(s) del (los) estudiante (Por Favor , utilice letra de molde)	Nombre de la Escuela a la que atiende el (los) estudiante(s)	Grado	Fecha de Nacimiento	Núm. De Identificación de almorzo del estudiante
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Estoy de acuerdo en almacenar, congelar, y/o refrigerar y preparar las comidas de acuerdo con las instrucciones dadas para prepararlas.

Certifico que toda la información dada en este formulario es verdadera y precisa.

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ Fecha: _____

NUTRITION SERVICES ONLY BELOW THIS LINE....

Breakfast Meals Received: _____	Lunch Meals Received: _____
Total Days Received: _____	Total Days Received: _____

Site Supervisor Signature: _____ Date: _____