



## Eleccion de los Padres (seleccione Opcion A o B):

**NOTA: Ud. No necesita devolver este formulario o seleccione una opcion si desea que su hijo continúe comprando comidas escolares como ya saben.**

### Opcion A

- Si la cuenta de mi hijo alcance un monto de cero deuda, no quiero que se le cobre a el/ella ninguna comida que este disponible bajo el programa “safety net.”

Se aplica a (provea el nombre y apellido de cada estudiante):

Nombre y Apellido del Estudiante

---

---

---

**En cualquier día, un niño con dinero en efectivo puede comprar comida cualquiera sea el estado de su cuenta.**

### Opcion B

- No quiero que mi niño compre ningún producto del Servicio de Comidas (dinero en efectivo o en su cuenta) y no se le proveera comida si no le envié comida a mi niño.

Se aplica a (provea el nombre y apellido de cada estudiante):

Nombre y Apellido del Estudiante

---

---

---

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_

**Por favor envíe este formulario a la escuela de su hijo o envíelo por correo a:**

Edmonds School District  
Attn: FOOD SERVICE  
20420 68TH AVE W  
LYNNWOOD WA 98036