

Formulario de protección de dispositivos

	Nombre del Estudiante	Escuela	Selección de la cobertura		
			Año escolar \$20	Trimestre 1 y 2 \$10	Trimestre 3 \$5
Niño 1					
Niño 2					
Niño 3					
Niño 4					
Niño 5					

Nombre del Padre _____

Fecha _____

Uso exclusivo de la oficina (Office Use Only)

Cash _____

Check# _____

