



Birthday Ice Cream Order Form

Parents: Please complete information below and submit with payment to the school office **at least two weeks prior to the event.**

School Office Staff: Please complete your section and submit it to the school nurse to enter dietary restrictions. A dairy free treat (such as a fruit slush) will be provided for those with dairy intolerance/allergies as indicated by the nurse below. Once complete, submit the original form with payment to the cafe manager.

The cost is seventy-five cents (.75) per treat.

To Be Completed by Parent/Guardian

Student Name: _____

Teacher: _____ Date of Event: _____

Number of treats needed: _____ Cost: (.75 per treat) _____

.....

To Be Completed by School Personnel

Amount Paid: _____ ☐ Cash ☐ Check # _____ ☐ REVTRAK _____

Any extra payment will go into the child's lunch account automatically. If you are using REVTRAK, you must submit payment to cover any negative balance and the ice cream order.

.....

To Be Completed by School Nurse

Students with known dietary restrictions (indicated on student health form)

Student Name	Dietary Restriction/Alternate Treat Needed
_____	_____
_____	_____
_____	_____

☐ No known dietary restrictions requiring alternate treat for this classroom.

_____ (initial) Nurse Reviewed

_____ (initial) Submitted to FCS Manager with payment on _____ (date)



Hoja de Pedido de Helados para Cumpleaños

Los padres deben llenar la siguiente información y enviarla junto **con el pago** a la oficina de la escuela **por lo menos dos semanas antes del evento.**

El costo es setenta y cinco centavos (.75) por helado. El pago puede hacerse en efectivo, con cheque o con la cuenta de la cafetería REVTRAK del estudiante.

El personal de la oficina escolar completará su sección y la entregará al personal de la enfermería escolar para anotar las restricciones dietéticas que puedan requerir una golosina alterna.

Se entregará una copia del formulario al maestro. El formulario original con el pago se entregará al Gerente de Servicios Alimentarios y Culinarios.

Para Ser Completado por los Padres/Tutores

Nombre del Estudiante: _____

Maestro: _____ Fecha del Evento: _____

Número de Helados Requeridos: _____ Costo: (.75 cada helado) _____

Cantidad Pagada: _____

Forma de Pago (Marque uno): ☐ Efectivo ☐ # de Cheque _____ ☐ Fecha de Pago a REVTRAK: _____

TENGA EN CUENTA: Cualquier cambio debido o cantidades de pago en exceso se acreditarán a la cuenta de la cafetería del estudiante. Además, si usted está haciendo el pago por Revtrack y tiene un saldo negativo, el pago se aplica automáticamente primero a la cantidad negativa, por lo que tendrá que depositar fondos suficientes para cubrir tanto el saldo negativo como la cantidad del pedido de helado.

.....

LA SIGUIENTE SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESCOLAR

.....

Students with known dietary restrictions (indicated on student health form)

Student Name

Dietary Restriction/Alternate Treat Needed

☐ No known dietary restrictions requiring alternate treat for this classroom.

_____ (initial) Nurse Reviewed

_____ (initial) Submitted to FCS Manager with payment on _____ (date)