**Decatur Central High School**

**Payment Agreement**

**2016-17**

Guardian/Parent: _____ (Please Print)

Student Name: _____ Grade: _____ SLC: _____

Student Name: _____ Grade: _____ SLC: _____

Student Name: _____ Grade: _____ SLC: _____

I, _____ agree and recognize the attached school fees for my student(s) are my responsibility to be paid in full for the 2016-17 school year. I am aware that on the 11th day of school, course fees will be assessed to my student(s) account.

At this time I am unable to make a payment and plan to do one of the following:

1. Minimum payment of $_____ will be paid on the 15th or 30th of each month until paid in full.
2. Applied for Free and Reduce lunch Program Yes / No
3. Pay in Full at a later DATE: _____
4. Please note that some form of payment must be received monthly until balance is paid in full.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Treasurer Signature: _____ Date: _____

---

**Parent/Guardian Copy**

At this time I am unable to make payment and plan to do one of the following:

5. Minimum payment of $_____ will be sent of the 15th or 30th of every month until paid in full.
6. Applied for Free and Reduce Lunch Program Yes / No
7. Pay in Full at a Later Time Date_____
   ***Please not that some form of payment must be received monthly until balance is able to be paid in full.

Make checks/money orders to DCHS. Include your student(s) name on the memo line.

Tutor / Padre: _____ (letra de imprenta)

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ SLC: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ SLC: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ SLC: _____

Yo, _____ Acepto y reconozco las cuotas escolares unidos para que mi hijo (s) son mi responsabilidad de ser pagado en su totalidad para el año escolar 2016 - 17. Soy consciente de que a los 11 días de la escuela, precio del curso se evaluarán a mi hijo (s) cuenta.

En este momento no estoy en condiciones de hacer un pago y planeo hacer una de las siguientes:

1. El pago mínimo de $ _____ será enviado en el día 15 o 30 de cada mes hasta que sean pagados en su totalidad.
2. Se aplica de forma gratuita y reducir el Programa de Almuerzo Sí / No
3. pagar en su totalidad en un momento posterior: Fecha _____

***** Por favor, tenga en cuenta que alguna forma de pago debe ser recibido mensualmente hasta el equilibrio es capaz de ser pagado en su totalidad. *****

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____

Tesorero Firma: _____ Fecha: _____

---

Copia para el Padre /Tutor

En este momento no estoy en condiciones de hacer el pago y planeo hacer una de las siguientes:

1. El pago mínimo de $ _____ será enviado de la 15 o 30 de cada mes hasta que sean pagados en su totalidad.
2. Se aplica de forma gratuita y reducir el Programa de Almuerzo Sí / No
3. pagar en su totalidad en una tarde Tiempo: Date_____

***** Por favor, no que alguna forma de pago debe ser recibido mensualmente hasta el equilibrio es capaz de ser pagado en su totalidad.**

**Hacer cheques / giro postal a DCHS. Incluya el nombre de su estudiante (s) nombre en la línea de memo.**