



**PAW PACKS
WALTHER COMMUNITY FOUNDATION**

Friday Backpack Program Parent Permission Slip 2026-2027



THE STUDENT/STUDENTS LISTED BELOW HAVE BEEN REFERRED BY HIS/HER SCHOOL TO RECEIVE A WEEKLY PAW PACK FOOD PACK.
PLEASE COMPLETE THIS PERMISSION SLIP IN ORDER TO RECEIVE YOUR WEEKLY PAW PACK

****ALL AREAS MUST BE COMPLETED FOR MIDDLE SCHOOL AND HIGH SCHOOL; THE TEACHER AREA DOES NOT NEED TO BE COMPLETED****

PARENT OR GUARDIAN: NAME: _____
ADDRESS: _____
PHONE: _____

STUDENT'S NAME:	SCHOOL:	TEACHER:
STUDENT'S NAME:	SCHOOL:	TEACHER:
STUDENT'S NAME:	SCHOOL:	TEACHER:
STUDENT'S NAME:	SCHOOL:	TEACHER:

Does your child receive free or reduced-cost lunch? ☐ Yes ☐ No

PLEASE NOTE: The food bags may contain ingredients that your child is allergic to.

You may discontinue the program at any time. In addition, Paw Packs may withdraw a family at our discretion.

By accepting Paw Packs, I release and hold harmless, Paw Packs and their food donors of any and all liability.

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOR QUESTIONS, PLEASE CONTACT JULIE ROBINSON AT 269-278-2391

FAX COMPLETED FORMS TO 269-279-9127 OR EMAIL TO: julie.robinson@waltherfarms.com



**PAW PACKS
WALTHER COMMUNITY FOUNDATION**

Friday Backpack Program Parent Permission Slip 2026-2027



EL/LA ESTUDIANTE/LOS ESTUDIANTES SON REFERIDOS POR SU ESCUELA PARA RECIBIR UN PAW PACK PARA LLEVAR A CASA CADA SEMANA, TÍPICAMENTE EL VIERNES.

****POR FAVOR COMPLETE TODO EL INFORMATION EN ESTE HOJA DE PERMISO PARA QUE SU HIJO/A/HIJOS RECIBIR SU PAW PACK SEMANAL.****

Padre o Tutor Legal: NOMBRE: _____
Dirección: _____
Telefono: _____

Nombre del estudiante:	Escuela:	Maestro:
Nombre del estudiante:	Escuela:	Maestro:
Nombre del estudiante:	Escuela:	Maestro:
Nombre del estudiante:	Escuela:	Maestro:

¿Su hijo/a recibe almuerzo gratis o de costo reducido? ☐ Si ☐ No

Las bolsas de alimentos pueden contener ingredientes a los que su hijo es alérgico.

Puede interrumpir el programa en cualquier momento. Además, Paw Packs puede retirar a una familia a nuestra discreción. Al aceptar Paw Packs, libero y expongo indemne a Paw Packs y a sus donantes de alimentos de cualquier y toda responsabilidad.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

PREGUNTAS ? - POR FAVOR, LLAMA JULIE ROBINSON A 269-353-0387

ENVIAR A CORREO ELECTRONICO FORMULARIOS COMPLETOS A: julie.robinson@waltherfarms.com

Los Paw Packs están diseñados específicamente pensando en los niños y están llenos de alimentos nutricionales y fáciles de preparar, como barras de granola, tartas pop, readtazas de frutas, cereales, cajas de jugo y comidas para microondas. Todos los artículos están empaquetados individualmente y listos para comer o microondas.



PAW PACKS
WALTHER COMMUNITY FOUNDATION

星期五背包计划家长许可单 2026-2027



下列学生已由其所在学校推荐，可领取每周的“爪子包”食物包。请填写此许可单，以便领取您的每周“爪子包”食物包。

****初中和高中所有区域必须填写；教师区域无需填写****

父母或监护人： 姓名： 地 _____
址： _____
电话： - _____

学生姓名： 学生	学 校：	老师： 老
姓 名： 学 生 姓	学 校：	师： 老
名： 学生姓名：	学 校：	师： 老
_____	学校：	师：

您的孩子是否享受免费或减价午餐？ ☐是 ☐否

请注意：食品袋中可能含有您的孩子过敏的成分。您可以随时终止此计划。此外，Paw Packs 可自行决定取消某个家庭的参与。

通过接受 Paw Packs，我免除 Paw Packs 及其食物捐赠者的任何和所有责任。

父母或监护人签名： _____ 日 _____

如有疑问，请联系朱莉·罗宾逊，电话：269-278-2391 期：

将填妥的表格传真至 269-279-9127 或发送电子邮件至：julie.robinson@waltherfarms.com