

CERTIFICACION Y FACTURA DE SERVICIOS MENSUALES

La suscribiente \_\_\_\_\_ es un(a) profesional autorizado(a) en \_\_\_\_\_ con licencia número \_\_\_\_\_.

CERTIFICO que durante el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ presté servicios profesionales de \_\_\_\_\_ al niño (joven) con impedimento \_\_\_\_\_.

Los mismos se desglosan de la siguiente forma:

FECHA	HORA	PERIODO DE SERVICIOS	HONORARIOS
-------	------	----------------------	------------

ANEJOS: (Si alguno): Apreciación del nivel y recomendaciones en caso de evaluación inicial ( ); informe de progreso detallado ( ); Recomendación de Alta ( ); Recomendación de que se efectúe una re-evaluación ( ); Otros ( ).

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCION

\_\_\_\_\_  
LICENCIA NUMERO Y TELEFONO

CERTIFICO LA CORRECCION DE ESTA INFORMACION HOY \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE O MADRE