BELIEVING IN THE POTENTIAL OF ALL

Imagine!

Innovative Resources For Cognitive and Physical Challenges

REGISTRO DE SERVICIOS DE TUTOR

Nombre del Cliente:_____

- Información del Tutor-

Si usted es un tutor, no una agencia de tutoría, debe completar y firmar el siguiente:

Nombre del tutor:_____ Salario por Hora: _____
Número de Teléfono: ( )_____
Dirección:_____
Firma del tutor:_____ Fecha:_____

En firmando arriba, certifico que di servicios de tutoría al cliente nombrado en este registro al dirección escrito y en las fechas y horas escritas.

Este registro debe ser llenado y entregado a Imagine! con el Formulario de Verificación que le enviaremos al fin de nuestro año fiscal.

Fecha	Dirección donde ocurrió servicios de tutor	Hora de Inicio	Hora de Finalización	# Horas de Trabajo	Iniciales del tutor

Horas Total _____ Salario Total _____