

Formule de facture pour les services autogérés

Familles

Services aux enfants handicapés

Section un – Bénéficiaire des services et résumé des services

*En lettres moulées

Nom de l'enfant

Période de service
de _____ à _____

Type de service p. ex., relève, garde après les heures de classe, aide au transport, etc.	Taux	Total des heures par service	Total du montant facturé par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Total des montants facturés tous les services			\$

Section deux – Renseignements sur le parent ou le tuteur*

*tel qu'indiqué dans votre contrat des services autogérés

Parent ou tuteur Nom _____
Adresse du parent ou du tuteur
J'atteste que tous les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et exacts, et que les services ont été fournis.
Signature du parent ou du tuteur _____
Date _____

Section trois – Réserve au ministère

D.I.N.	MONTANT
	\$
	\$
	\$
	\$
N° DE VENDEUR	TOTAL PAYÉ \$
Attestation de services rendus et autorisation de paiement	
SIGNATURE _____ DATE _____	

