EL DORADO COUNTY
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Return by the 5th of the following month

Meeting Attendance/Progress Report

Case Name: _____ Case Number: _____

Participant Name: _____ Activity: AA / NA MEETINGS / COUNSELING

Activity Location: _____ Activity Phone Number: _____

Participation Month: _____ Case Manager's Name: _____

Date	Time In	Time Out	Instructor/Counselor Signature		Date	Time In	Time Out	Instructor/Counselor Signature

Participant's Signature: _____ Date: _____

Case Manager's Signature: _____ Date: _____

EL 897 (5/2014)

EL DORADO COUNTY
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Regrese el día 5 del mes siguiente

Asistencia a Reuniones/Informe de Progreso

Nombre del Caso: _____ Numero del Caso: _____

Nombre del Participante: _____ Actividad: AA / NA MEETINGS / COUNSELING

Localidad de Actividad: _____ Numero Telefónico de Actividad: _____

Mes de Participación: _____ Nombre del Administrador del Caso: _____

Fecha	Hora que empezó	Hora que termino	Firma del Instructor/Consejero		Fecha	Hora que empezó	Hora que termino	Firma del Instructor/Consejero

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Administrador del Caso: _____ Fecha: _____

EL 897 (5/2014)