

Förskolan Kaprifolen

Klagomålshantering

Datum för händelsen: _____

Barnets namn: _____

Vårdnadshavarens namn: _____

Vårdnadshavarens adress: _____

Telefon: _____

Beskriv det du vill framföra här:

Ort och datum:

Namnteckning:

Lämna blanketten till:

Montessoriförskolanförskolan Kaprifolen

Skansgatan 6, 45150 Uddevalla

