

# Blankett för Klagomålshanteringen Förskolan Kaprifolen

Datum för händelsen: \_\_\_\_\_

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens namn: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens adress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beskriv det du vill framföra här:

---

---

---

---

---

---

---

Ort och datum:

---

Namnteckning:

---

Lämna blanketten till:

Förskolan Kaprifolen

Skansgatan 6, 45150 Uddevalla