

Förslag, synpunkter och klagomål

Datum

Ditt Namn	Namn och klass på ditt barn
Ditt telefonnummer dagtid	Din e- postadress
Typ av inlägg (du kan välja fler alternativ) <input type="checkbox"/> Beröm <input type="checkbox"/> Klagomål <input type="checkbox"/> Förslag <input type="checkbox"/> Annat	
Synpunkten avser (du kan välja fler alternativ) <input type="checkbox"/> Tillgänglighet <input type="checkbox"/> Bemötande <input type="checkbox"/> Kompetens <input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Delaktighet <input type="checkbox"/> Annat: och inflytande	
Beskriv vad det är du vill framföra	
Förslag till lösning	
Vill du bli kontaktad av oss i detta ärende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	