



SQR
(SUGGERIMENTS, QUEIXES I RECLAMACIONS)

No emplenar les zones ombrejades **NÚM. SQR:**

NOM I LLINATGES:

ALUMNE/A	<input type="checkbox"/>	Curs i Grup:
PROFESSOR/A	<input type="checkbox"/>	Núm. Cassella:
PARE/MARE/TUTOR LEGAL	<input type="checkbox"/>	Direcció:
ALTRES	<input type="checkbox"/>	Telèfon:

Descripció del Suggeriment, Queixa o Reclamació:	
Signatura	DATA:

ANÀLISI INICIAL		Suggeriment
		Queixa
		Reclamació

Resposta a Suggeriment, Queixa o Reclamació:	
	DATA:

He rebut conforme:

(data i signatura recepció)