



**FORMULARIO DE
SUGERENCIA DE CLIENTE**

CÓDIGO ____/____

Fecha:

RECLAMANTE

NOMBRE:

ALUMNO FAMILIA OTROS

CURSO/NIVEL:

DATOS DE CONTACTO:

DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN O QUEJA

Recibida por:

Fecha y Firma:

Sello del Centro



A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO

TRATAMIENTO	
Responsable:	Fecha y Firma:
CIERRE (COMPROBACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA)	
Sello del Centro:	Fecha y Firma: