



**Twin Rivers Объединенный Школьный Округ**  
**Информация о подозреваемом буллинге - КОНФИДЕНЦИАЛЬНО**

**Заполните эту форму, если у вас есть достоверная информация об инциденте буллинга.  
**Немедленно передайте это сообщение администратору школы.****

Информатор инцидента подозреваемого буллинга: \_\_\_\_\_ ИЛИ  Анонимный информатор

Имя, фамилия/должность: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Дата инцидента (ов): \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия преследуемого ученика: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Имя(имена) и фамилия (и) ученика(ов) – преследователя(ей): \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Поставьте X возле утверждения(й), наилучшим образом отражающего(их) инцидент (отметьте все подходящее):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Избиение                                    | <input type="checkbox"/> Распространение сплетен                       |
| <input type="checkbox"/> Толчки                                      | <input type="checkbox"/> Размещение обидных сообщений в Интернете      |
| <input type="checkbox"/> Удары ногами                                | <input type="checkbox"/> Рассылка угроз при помощи электронной почты   |
| <input type="checkbox"/> Оскорбления                                 | <input type="checkbox"/> Насильственное закрытие книги во время чтения |
| <input type="checkbox"/> Кража вещей                                 | <input type="checkbox"/> Изоляция                                      |
| <input type="checkbox"/> Повреждение вещей                           | <input type="checkbox"/> Социальная жестокость (УКАЖИТЕ): _____        |
| <input type="checkbox"/> Другие физические действия (УКАЖИТЕ): _____ |  |

Где происходил инцидент?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Остановка автобуса          | <input type="checkbox"/> Кафетерий                  |
| <input type="checkbox"/> Автобус                     | <input type="checkbox"/> Классная комната           |
| <input type="checkbox"/> Игровая/Спортивная площадка | <input type="checkbox"/> Раздевалка                 |
| <input type="checkbox"/> Другое (УКАЖИТЕ): _____     | <input type="checkbox"/> По дороге в школу/со школы |

Когда происходил инцидент?

Дата/время: \_\_\_\_\_

Дата/время: \_\_\_\_\_

Дата/время: \_\_\_\_\_

Кратко и последовательно опишите инцидент (при необходимости используйте дополнительные листы):

---

---

---

---

Человек, заполнивший форму (если не анонимно):

Имя, фамилия/должность: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_