



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: _____