Distrito Escolar Unificado de Twin Rivers
Informe de Sospecha de Acoso Escolar – CONFIDENCIAL

Complete este formulario si usted tiene información creíble sobre un incidente de acoso escolar.
Por favor envié al administrador de la escuela inmediatamente.

☐ Persona que informa el presunto incidente: O ☐ Informante anónimo

Nombre / Titulo: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Fecha(s) del incidente(s): _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante acosado: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante agresor(es): _____ Grado: _____

_____ Grado: _____

Marque con una **X** la declaración(es) que describe mejor lo que ocurrió (elija todas las que corresponden):

- ☐Golpeando
- ☐Empujando
- ☐Pateando
- ☐Insultando
- ☐Tomando propiedad
- ☐Destruyendo la propiedad
- ☐Otro acto físico (describa): _____
- ☐Difundiendo rumores
- ☐Publicación en internet
- ☐Mensajes electrónicos
- ☐Chismógrafo *(Slam Book)*
- ☐Exclusión
- ☐Crueldad social (describa): _____

¿Dónde ocurrió este incidente?

- ☐Parada del autobús
- ☐Autobús
- ☐Patio de juego / campo deportivo
- ☐Otro (describa): _____
- ☐Cafetería
- ☐Salón de clase
- ☐Vestidores
- ☐En el camino hacia / de la escuela

¿Cuándo ocurrió este incidente?

Fecha / hora: _____

Fecha / hora: _____

Fecha / hora: _____

Describa brevemente en secuencia lo que ocurrió (use papel adicional según sea necesario):

_____

_____

_____

_____

Persona que completa este formulario, si no es anónimo:

Nombre / Titulo: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Rev. Aug 2013