



Godfrey-Lee Public Schools

Reporte del Incidente de Acoso

Nombre del Edificio: _____

Fecha de hoy: _____

FECHA DEL INCIDENTE	HORA	LUGAR
____ / ____ / ____ Mes Dia Año	<input type="checkbox"/> Horas de Clases <input type="checkbox"/> Horas no Clases	<input type="checkbox"/> En el campus <input type="checkbox"/> Evento Fuera del campus <input type="checkbox"/> En el autobús <input type="checkbox"/> Directamente hacia/desde la Esc.

INCIDENTE	TIPO
<p align="center">Naturaleza de la alegación (marque lo que corresponda)</p> <input type="checkbox"/> Conducta verbal - insultos, amenazas, etc. <input type="checkbox"/> Conducta escrita - notas, cartas, etc. <input type="checkbox"/> Visual Conducta - el lenguaje corporal, gestos, intimidación, etc. <input type="checkbox"/> Conducta física - asalto, batería, etc. <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p align="center">Bases de los Derechos Civiles (marque todas las que apliquen)</p> <input type="checkbox"/> Rasa <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Etnicidad <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Religión o Creencia <input type="checkbox"/> Ascendencia <input type="checkbox"/> Otros: _____
<p align="center">Por favor adjunte las declaraciones escritas de reportero, víctima, el acusado y cualquier testigo conocido.</p>	<p align="center">Fecha reportado a la policía (si aplica)</p> <p align="center">____ / ____ / ____ Mes Dia Año</p>

SOSPECHOSO(S)

Sospechoso No. 1	Sospechoso No. 2	Sospechoso No. 3
<input type="checkbox"/> Estudiante de esta escuela <input type="checkbox"/> Empleado de esta escuela <input type="checkbox"/> Otros: _____ Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Estudiante de esta escuela <input type="checkbox"/> Empleado de esta escuela <input type="checkbox"/> Otros: _____ Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Estudiante en esta escuela <input type="checkbox"/> Empleado de esta escuela <input type="checkbox"/> Otros: _____ Nombre: _____

Víctima	Testigo (s)	Resolución
Nombre: _____ Género: _____ Raza: _____ <input type="checkbox"/> Estudiante de esta escuela <input type="checkbox"/> Empleado de esta escuela <input type="checkbox"/> Otros: _____	Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____	<p align="center">Por favor marque uno:</p> <input type="checkbox"/> Informal <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Queja dejada <input type="checkbox"/> Otros: _____

_____ <i>Firma de la persona que lleno el formulario</i>	_____ <i>Imprima su Nombre</i>	_____ <i>Número de teléfono.</i>
_____ <i>Firma del administrador</i>	_____ <i>Imprima su nombre</i>	_____ <i>Número de teléfono.</i>

*Todas las formas se pueden enviar al Departamento de Recursos Humanos en el edificio de la administración
1324 Burton St SW, Wyoming MI 49509*