

Lamar Consolidated Independent School District  
REPORTE DE INTIMIDACIÓN (BULLYING)/ACOSO/ VIOLENCIA EN UNA RELACIÓN

Lamar CISD prohíbe el acoso, la intimidación y las relaciones con violencia.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar: 20\_\_/\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre de la supuesta víctima: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
(FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Nombre(s) del supuesto(s) agresor(es): Si no lo(a) conoce escriba "desconocido"

NOMBRE(S):	GRADO:	ESCUELA:	¿ES ESTUDIANTE?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Nombre(s) de posibles testigos:

NOMBRE:	GRADO	ESCUELA:	¿ES ESTUDIANTE?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿En qué fecha ocurrió la supuesta ofensa? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a lo largo de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año Mes Día Año

De acuerdo a la presunta víctima la supuesta ofensa se debió a : CIRCULAR **TODAS** LAS QUE APLIQUEN.  
Sexo Raza Color Origen étnico Discapacidad Supuesta Orientación Sexual

¿Dónde ocurrió la supuesta ofensa? FAVOR DE CIRCULAR **TODAS** LAS QUE APLIQUEN.

En propiedad escolar \_\_\_\_\_ En autobús escolar # \_\_\_\_\_ En el camino hacia/de la escuela \_\_\_\_\_

En una actividad relacionada o patrocinada por la escuela: \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_  
Lista Lista

¿La presunta víctima fue herida(o)? Circular **solo una**:

\_\_\_NO \_\_\_SÍ, pero no necesito atención medica \_\_\_SÍ, y sí necesito atención medica

¿La presunta víctima no asistió a clases por causa del incidente? \_\_\_No \_\_\_SÍ - # de días\_\_\_

Favor de indicar lo que dijo o hizo el presunto agresor, y cualquier otra información que usted quiera proporcionar. Indique porque cree que sucedió el incidente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA EL INCIDENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE REPORTA EL INCIDENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

UNA VEZ COMPLETADO LLEVE EL FORMULARIO A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA. ESTE SERA ARCHIVADO DURANTE 5 AÑOS.