ЗРАЗОК ФОРМИ ЗАЯВИ

учасника освітнього процесу Черкаської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №4 Черкаської міської ради Черкаської області у разі виявлення булінгу свідком якого він став, або підозрює про його вчинення по відношенню до інших осіб за зовнішніми ознаками, або про які отримав достовірну інформацію від інших осіб

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Черкаської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №4 Черкаської міської ради Черкаської області  Сабадашу В.І.  від­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові)  (вказати статус учасника освітнього процесу:  працівник закладу, здобувач освіти, батьки)  тел. |

ЗАЯВА

Викладення фактів.

Зважаючи на викладене, з метою дотримання норм законодавства, а також захисту учасників освітнього процесу прошу вивчити факти, зазначені у заяві.

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Підпис Прізвище та ініціали