

ЗРАЗКИ ЗАЯВ ПРО ВИПАДКИ БУЛІНГУ

**Директору
Відокремленого структурного
підрозділу
«Професійно-педагогічний
фаховий коледж
Глухівського національного
педагогічного університету
імені Олександра Довженка»
Бояриновій І.О.
(ПІБ студента, назва закладу,
спеціальність, група)
Адреса фактичного
проживання
Контактний телефон**

Заява

Я, (ПІБ здобувача освіти, вказати спеціальність, групу), повідомляю, що студент або студенти (вказати ПІБ студента/студентів, спеціальність, група) мене ображає/ображають. Це виражається в тому, що(перерахувати види образ, цькувань), які були застосовані до мене.

Прошу допомогти у вирішенні даної ситуації, що склалася.

Дата

Підпис

**Директору
Відокремленого структурного
підрозділу
«Професійно-педагогічний
фаховий коледж
Глухівського національного
педагогічного університету
імені Олександра Довженка»
Бояриновій І.О.
(ПІБ одного з батьків
студента
ПІБ дитини, спеціальність,
група)
Адреса фактичного
проживання
Контактний телефон**

Заява

Я, (ПІБ батьків), батько або мати здобувача освіти (ПІБ студента/студентки, вказати спеціальність, групу) повідомляю, що здобувач освіти або здобувачі освіти (вказати ПІБ студента/студентів, спеціальність, групу) ображає/ображають мою дитину. Це виражається в тому, що(перерахувати види образ, цькувань), які були застосовані до неї.
Прошу допомогти у вирішенні даної ситуації, що склалася.

Дата

Підпис