Директору КЗО «СЗШ №97 ім. П.І. Шкідченка» ДМР

Гречину В.В.

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

(прізвище, ім’я, по батькові заявника)

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

(адреса проживання)

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

(контактний номер телефону)

ЗАЯВА

*Зміст заяви викладається довільно.*

*В заяві повідомляється про випадки булінгу (цькування), а саме обставини, місце, час та яким чином здійснювався булінг (цькування).*

*Вказується відомості про потерпілого (жертву булінгу), кривдника (булера), спостерігача (за наявності).*

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

(дата) (підпис)