



COMUNICACIÓN AL PLANTEL EDUCATIVO DEL POSIBLE ACOSO ESCOLAR

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO			
Nombre:		CCT	
Domicilio:		Turno:	

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS MOTIVO DE LA QUEJA/DENUNCIA

PERSONA QUE COMUNICA EL CASO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Dependencia Federal, Estatal o Municipal |
| <input type="checkbox"/> Madre, padre, tutor(a) | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Maestra o maestro de grupo | <input type="checkbox"/> Anónimo |
| <input type="checkbox"/> Personal de apoyo a la educación | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): |

DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA/DENUNCIA			
Nombre:		Edad:	
Parentesco:	Teléfono:	Correo electrónico:	

DATOS DE LA O EL ESTUDIANTE RECEPTOR DE POSIBLE ACOSO ESCOLAR			
Nombre:		Edad:	
Género:	Grado:	Grupo:	Turno:
Tipo de discapacidad:		Población indígena:	

DATOS DE LA O EL ESTUDIANTE GENERADOR DE POSIBLE ACOSO ESCOLAR			
Nombre:		Edad:	
Género:	Grado:	Grupo:	Turno:
Nombre:		Edad:	
Género:	Grado:	Grupo:	Turno:



OBSERVACIONES Y OTROS DATOS DE INTERÉS

**FECHA DE REMISIÓN AL PLANTEL
EDUCATIVO**

RECEPCIÓN DEL PLANTEL EDUCATIVO

Día / Mes / Año

Nombre y firma de la autoridad escolar

FECHA DE RECEPCIÓN

