Syracuse City School District

Distrito Escolar Ciudad de Syracuse
Forma para Querella S.R.O.

Nombre: _____ Escuela: _____ Teléfono: _____

Soy: ☐ Estudiante ☐ Maestro(a) ☐ Padre ☐ Otro _____

Nombre del S.R.O.: _____

Fecha del incidente: _____

Querella reportada al: ☐ Director ☐ Supervisor del S.R.O. ☐ Jefe de Operaciones ☐ Otro _____

Hay testigos: ☐ Sí ☐ No

Nombres de los testigos: _____

Explicación de la Querella (adjuntar más páginas es necesario):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envié la forma a:
Syracuse City School District
Attn: Chief Operations Officer
725 Harrison Street
Syracuse, NY 13210