

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE BRIDGEPORT

FOR OFFICE USE ONLY
Date received by district _____
Received by _____
Copies to _____
Conference to be held by _____

NIVEL II _____ **o** **NIVEL III** _____ **(Marque uno)**

Marque una:
_____ Queja de Padre/Alumno (FNG)
_____ Queja del Trabajador (DGBA)
_____ Queja Publica (GF)
Pólizas disponibles en línea en www.bridgeportisd.net; después oprima administración.

NOTA: SE DEBE COMPLETAR LA FORMA DEL PRIMER NIVEL PRIMERO
Favor de Imprimir (letra en molde)

1. Nombre

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de Teléfono:

2. Escuela/Departamento

Si trabajador, su posición:

3. Describa su objeción a la decisión a la cual esta apelando. Sea específico. Incluya una copia de las peticiones y respuesta a niveles bajos.

4. Si usted será representado en su presentación, favor de identificar a ese individuo u organización.

Nombre

Dirección

Teléfono

5. Firma: _____ Fecha

No se permiten represalias por someter una queja en el Distrito Escolar Independiente de Bridgeport

10/18/12