



# THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

## BULLYING WITNESS STATEMENT FORM

This form **MUST** be completed when there is a witness to an incident of alleged bullying (*for the purpose of the form, bullying encompasses bullying, harassment, and discrimination*). One form must be completed for each witness. All witness statements that relate to one incident should be attached to the Bullying Report Form.

WITNESS NAME	WITNESS TITLE (ex. Parent, Student, or Teacher)	INTERVIEW DATE
VICTIM NAME		
ACCUSED NAME		
SCHOOL SITE (where incident occurred)	INCIDENT DATE	

Describe the location where the incident took place:

---

---

---

Describe the incident:

---

---

---

---

---

List any other witness names and grades:

---

---

---

If you fear a student is in **IMMEDIATE** danger, please contact the police!

Page 1 of 2



# THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE ACOSO

Este formulario **DEBE** ser completado cuando hay un testigo de in supuesto incidente de acoso (para propósitos del formulario, acoso abarca acoso, hostigamiento y discriminación). Se debe completar un formulario para cada testigo. Todas las declaraciones del testigo relacionadas a un incidente, deben estar adjuntas al Formulario de Reporte de Acoso.

NOMBRE DEL TESTIGO	TÍTULO DEL TESTIGO (ej. Padre, estudiante o maestro)	FECHA DE LA ENTREVISTA
NOMBRE DE LA VICTIMA		
NOMBRE DEL ACUSADO		
ESCUELA (donde ocurrió el incidente)	FECHA DEL INCIDENTE	

Describe el lugar donde ocurrió el incidente:

---

---

---

Describe el incidente:

---

---

---

---

---

Escriba los nombres y grados de cualquier otro testigo:

---

---

---

¡Si tiene temor de que un estudiante está en peligro **INMEDIATO**, favor de llamar la policía! Pág.1 de 2

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**

BULLYING WITNESS STATEMENT FORM

List evidence of bullying (i.e. letters, photos, etc. – attach evidence if possible)

---

---

---

---

**I agree that all of the information on this form is accurate and true to the best of my knowledge.**

\_\_\_\_\_  
Signature of witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of person conducting interview

\_\_\_\_\_  
Date

The principal/designee is encouraged to ask open-ended questions to enable students/employees to describe what happened in their own words. The principal/designee will ensure that each student or employee is accorded a safe and respectful environment in which to meet.

If you fear a student is in **IMMEDIATE** danger, please contact the police!

Page 2 of 2

**THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA**

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL TESTIGO DE ACOSO

Haga una lista de la evidencia del acoso (ej. Cartas, fotografías, etc. – adjuntar evidencia si es posible)

---

---

---

---

**Estoy de acuerdo que toda la información en este formulario es precisa y verdadera, a mi mejor entender.**

---

Firma del testigo

---

Fecha

---

Nombre de la persona que conduce la entrevista

---

Fecha

El Director/designado exhorta a realizar preguntas que permitan a los estudiantes/empleados a describir en sus propias palabras lo que ocurrió. El Director/designado se asegurará de que a cada estudiante o empleado se le provea un ambiente seguro y de respeto en el cual puedan reunirse.