

MODEL DE RECOLLIDA DE DADES DE TUTOR/PROFESSOR/ORIENTADOR

TIPUS D'INCIDÈNCIA		AUTOR		LOCALITZACIÓ		FREQUÈNCIA	
				<i>DINS DEL CENTRE</i>	<i>FORA DEL CENTRE</i>	<i>QUANTES VEGADES</i>	<i>DES DE QUAN</i>
FÍSIC	<input type="checkbox"/> Espentes <input type="checkbox"/> Puntellons <input type="checkbox"/> Colps <input type="checkbox"/> Calbots (colitxos) <input type="checkbox"/> Li llancen coses <input type="checkbox"/> Amaguen les seues coses <input type="checkbox"/> Trenquen les seues coses <input type="checkbox"/> Robatoris <input type="checkbox"/> Galtades <input type="checkbox"/> Palisses <input type="checkbox"/> Amenaça amb armes <input type="checkbox"/> Altres.....	COMPANYS D'AULA	<input type="checkbox"/> 1 sol autor <input type="checkbox"/> Més d'un.....	<input type="checkbox"/> Aula amb professor <input type="checkbox"/> Aula sense professor <input type="checkbox"/> Corredors <input type="checkbox"/> Pati <input type="checkbox"/> Lavabos <input type="checkbox"/> Gimnàs <input type="checkbox"/> Vestidors <input type="checkbox"/> Menjador <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> A l'eixida de classe <input type="checkbox"/> A l'eixida del centre <input type="checkbox"/> Altres.....	<input type="checkbox"/> De camí a casa <input type="checkbox"/> De camí a classe <input type="checkbox"/> Al voltant de l'escola <input type="checkbox"/> Al meu barri <input type="checkbox"/> En una discoteca/bar <input type="checkbox"/> Una instal·lació esportiva <input type="checkbox"/> Altres.....	<input type="checkbox"/> Poques vegades <input type="checkbox"/> Algunes vegades <input type="checkbox"/> Totes les setmanes <input type="checkbox"/> Quasi tots els dies <input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Uns dies <input type="checkbox"/> Diverses setmanes <input type="checkbox"/> Diversos mesos <input type="checkbox"/> Tot el curs <input type="checkbox"/> Des de sempre
		COMPANYS DE CURS	<input type="checkbox"/> 1 sol autor <input type="checkbox"/> Més d'un.....				
		COMPANYS DE CENTRE	<input type="checkbox"/> 1 sol autor <input type="checkbox"/> Més de 1.....				
		EDAT	<input type="checkbox"/> = que la víctima <input type="checkbox"/> < que la víctima..... <input type="checkbox"/> > que la víctima.....				
		SEXE	<input type="checkbox"/> Xiquet <input type="checkbox"/> Xiqueta				
VERBAL	<input type="checkbox"/> Malnoms <input type="checkbox"/> Difamacions <input type="checkbox"/> Insults <input type="checkbox"/> Menyspreus <input type="checkbox"/> Desafiaments <input type="checkbox"/> Provocacions <input type="checkbox"/> Amenaces <input type="checkbox"/> Acovardir (fer por) <input type="checkbox"/> Comentaris xenòfobs <input type="checkbox"/> Altres.....	TÉ EL SUPORT D'ALTRES COMPANYS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	QUAN VA OCÓRRER?	<input type="checkbox"/> Un dia de classe <input type="checkbox"/> Cap de setmana o festiu <input type="checkbox"/> Vacances		
		HI HA DESIGUALTAT DE FORÇA FÍSICA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
SOCIAL	<input type="checkbox"/> Difondre rumors (faules) <input type="checkbox"/> Aïllar/ignorar <input type="checkbox"/> Burles <input type="checkbox"/> Pintades <input type="checkbox"/> No deixar participar <input type="checkbox"/> Humiliacions <input type="checkbox"/> Extorsions (obligar a fer coses)	VAN HAVER-HI TESTIMONIS?	<input type="checkbox"/> Cap <input type="checkbox"/> Companys/es <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Professors/es <input type="checkbox"/> Familiars <input type="checkbox"/> Altres.....				
SEXUAL	<input type="checkbox"/> Comentaris de tipus sexual <input type="checkbox"/> Acaçament <input type="checkbox"/> Tocaments <input type="checkbox"/> Tocaments amb violència <input type="checkbox"/> Relació forçada	QUINA VA SER LA SEUA REACCIÓ?	<input type="checkbox"/> Tallar la situació <input type="checkbox"/> Informar-ne a un adult <input type="checkbox"/> No va fer-hi res <input type="checkbox"/> Animar l'autor <input type="checkbox"/> Ajudar l'autor				

Informació rellevant de la plantilla

- Existix un alumne o un grup d'ells que abusa sistemàticament d'altre.
- Un sol alumne patix la intimidació (personalització).
- Existix desigualtat de poder (desequilibri de força física, social o/i psicològica) entre els alumnes enfrontats.
- La víctima es incapaç de defensar's.
- L'acció sobre la víctima és repetida, es prolonga en el temps i ocorre sovint (alumne atemorit).
- Sol passar lluny de la presència d'adults (invisibilitat).
- L'autor/s tenen el suport del grup.

Si es donen els cinc primers casos, convé informar-ne a la inspecció educativa tot adjuntant la resta de la informació recopilada sobre el cas.

Breu descripció dels fets

Mesures adoptades:

Obertura d'expedient disciplinari

- Sí
- No

Data d'inici:

Dades de l'alumne/a:

Instructor/a:

Cautelars

Altres: educatives, preventives, etc.

MODEL D'ENTREVISTA PROFESSOR/TUTOR/ORIENTADOR AMB VÍCTIMA
(VOLUNTÀRIA, PERÒ MOLT CONVENIENT)

PERFIL DEL CAS VÍCTIMA DE LA INCIDÈNCIA

<p>A QUI HO HA CONTAT?</p>	<input type="checkbox"/> Ningú <input type="checkbox"/> Companys/es <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Professores/es <input type="checkbox"/> Equip directiu <input type="checkbox"/> Familiars <input type="checkbox"/> Altres.....	<p>DE QUINA FORMA INTERVÉ EL CENTRE?</p>	<input type="checkbox"/> Parlem amb les famílies <input type="checkbox"/> Es deriva al D. d'Orientació <input type="checkbox"/> S'obri un expedient <input type="checkbox"/> S'obri un procés de mediació <input type="checkbox"/> Se n'assabenta la policia <input type="checkbox"/> No ho sap	<p>HAVIA TINGUT ABANS PROBLEMES AMB ALTRES COMPANYS/ES?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, d'altre tipus <input type="checkbox"/> No
<p>QUI HA INTERVINGUT EN LA INCIDÈNCIA?</p>	<input type="checkbox"/> Amics <input type="checkbox"/> Xics/xiques testimoniess <input type="checkbox"/> Pare-mare <input type="checkbox"/> Professors/es <input type="checkbox"/> Altre adult <input type="checkbox"/> Ningú	<p>HA FALTAT A CLASSE PER CULPA DE L'ACAÇAMENT?</p>	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Alguna volta <input type="checkbox"/> Sovint <input type="checkbox"/> Quasi tots els dies	<p>QUIN MITJÀ HAURIA ANIMAT A LA VÍCTIMA A CONTAR-HO ABANS?</p>	<input type="checkbox"/> Millor comunicació familiar <input type="checkbox"/> Millor comunicació tutor <input type="checkbox"/> Una bústia anònima <input type="checkbox"/> Un telèfon d'ajuda <input type="checkbox"/> Una adreça electrònica <input type="checkbox"/> Més informació <input type="checkbox"/> Altres.....
<p>QUI HA PRES ALGUNA MESURA PER A ATURAR-LA?</p>	<input type="checkbox"/> Companys/es <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Professors/es <input type="checkbox"/> Familiars <input type="checkbox"/> Altre adult <input type="checkbox"/> Ningú	<p>PER QUÈ CREU QUE HO VAN FER?</p>	<input type="checkbox"/> No ho sap <input type="checkbox"/> Els va provocar <input type="checkbox"/> És més feble <input type="checkbox"/> És diferent <input type="checkbox"/> Per a molestar <input type="checkbox"/> Perquè s'ho mereix	<p>HI HA MEDIACIÓ EN EL CENTRE?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>HA DONAT ALGÚN RESULTAT?</p>	<input type="checkbox"/> Ha posat fi al problema <input type="checkbox"/> Ho ha atenuat <input type="checkbox"/> Ho ha intensificat <input type="checkbox"/> Tot continua igual	<p>SOVINT SENT POR DE SER ACAÇAT?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>COM ET TROBARIES MÉS SEGUR?</p>	
<p>QUÈ FA EL PROFESSORAT QUAN OCORRE?</p>	<input type="checkbox"/> Parla amb els implicats <input type="checkbox"/> S'ignora el que ha passat <input type="checkbox"/> Es parla sobre el tema <input type="checkbox"/> Expedient <input type="checkbox"/> Res, no se n'assabenten <input type="checkbox"/> Altres.....	<p>SAP SI ACACEN ALTRES COMPANYS/ES?</p>	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> Creu que <input type="checkbox"/> No	<p>COM CREUS QUE ES PODIA HAVER EVITAT?</p>	<input type="checkbox"/> No ho sap <input type="checkbox"/> No es pot <input type="checkbox"/> Ajuda familiar <input type="checkbox"/> Ajuda professors <input type="checkbox"/> Ajuda companys

RECOLLIDA DE DADES DEL PROFESSOR/TUTOR/ORIENTADOR A LA FAMÍLIA

<i>DADES PERSONALS</i>		<i>PASSOS PREVIS</i>		<i>DETECCIÓ SÍMPTOMES DEL POSSIBLE MALTRACTAMENT</i>			
EDAT		HA EXPOSAT EL PROBLEMA AL TUTOR/A?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DES DE QUAN SOSPITA QUE LI PASSA?	<input type="checkbox"/> Uns dies <input type="checkbox"/> Diverses setmanes <input type="checkbox"/> Diversos mesos <input type="checkbox"/> Tot el curs <input type="checkbox"/> Des de sempre		
PARES	FILL AFECTAT						
<input type="checkbox"/> < 20 anys <input type="checkbox"/> 21-25 anys <input type="checkbox"/> 26-30 anys <input type="checkbox"/> 31-35 anys <input type="checkbox"/> 36-45 anys <input type="checkbox"/> 46-50 anys <input type="checkbox"/> > 50 anys	<input type="checkbox"/> < 6 anys <input type="checkbox"/> 6-8 anys <input type="checkbox"/> 9-10 anys <input type="checkbox"/> 11-12 anys <input type="checkbox"/> 13-14 anys <input type="checkbox"/> 15-16 anys <input type="checkbox"/> > 16 anys	HO HA NOTIFICAT A LA DIRECCIÓ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HA NOTAT EN EL SEU FILL CANVIS D'HÀBITS O ACTITUD?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No	TÉ POCS AMICS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SEXE	<input type="checkbox"/> Mare <input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Xiqueta <input type="checkbox"/> Xiquet	HA TROBAT AJUDA EN L'ACTUACIÓ DEL CENTRE?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No	NOTA MÉS IRRITABLE O ANSIÓS EL SEU FILL O FILLA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LI FALTEN MATERIALS AMB FREQUÈNCIA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CURS	.....	S'HA PRES ALGUNA MESURA?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No	HA TINGUT PROBLEMES AMB LES NOTES?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HA NOTAT DESTROSSES EN LA SEUA ROBA O MATERIAL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CENTRE EDUCATIU	.....	HA DONAT ALGUN RESULTAT POSITIU?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PARLA DE L'ESCOLA A CASA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
LOCALITAT	.....	ESTÀ SATISFET AMB LES MEURES ADOPTADES?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INVENTA EXCUSES PER NO ANAR A CLASSE?	<input type="checkbox"/> Per un o diversos companys <input type="checkbox"/> Centre nou <input type="checkbox"/> Algun professor <input type="checkbox"/> Altres.....		

DADES PERSONALS

Centre educatiu/codi:.....
.....

Ciutat:.....
.....

Nom:.....
.....

Edat:.....
.....

Sexe:

- Xiquet
 Xiqueta

Curs/grup:.....

Data del succés:.....

- Origen de la demanda d'intervenció:

- Director/a
 Cap d'estudis
 Orientador
 Xiquet agredit
 Mare/pare
 Familiar
 Tutor/a
 Professor/a
 Amic/amiga
 Company/a

- Situació respecte de l'incident:

- En pateix
 En contempla
 En coneix
 N'infringix

Data de notificació/requeriment d'intervenció _____