
Номер документа

Дата оформления запроса

ЗАПРОС О ПОСРЕДНИЧЕСТВЕ

Имя, фамилия родителя: _____

Адрес (в т. ч. город, _____

штат, почтовый индекс): _____

Номера телефонов: _____

Номер и наименование объединенного школьного округа или образовательного кооператива:

Адрес (в т. ч. город, _____

штат, почтовый индекс): _____

Представитель: _____

Номера телефонов: _____

Учащийся, в отношении которого запрашивается посредничество:

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____

Требуется ли проведение слушаний с соблюдением правовых норм? да нет

Назначено ли время проведения слушаний? да нет Если да, пожалуйста, укажите дату: _____

Пожалуйста, укажите предпочитаемые вами даты и время проведения совещаний с участием посредника. Если возникла чрезвычайная ситуация, требующая безотлагательного урегулирования, пожалуйста, выделите примерно две недели на выбор посредника и организацию совещания посредником.

Предпочитаемые даты: _____

Пожалуйста, отправьте этот документ по факсу и по почте консультанту по вопросам посредничества по адресу:

Mediation Consultant
Student Support Services
KS State Dept. of Education
120 SE Tenth Avenue
Topeka, KS 66612-1182
Тел.: (800) 203-9462 или (785) 296-5478
Факс: (785) 296-6715