

**ISTITUTO COMPRENSIVO n° 4**

**Via G.B. Vico, 89 - 09045 Quartu SantElena**

**Tel: 070/810034 - Fax: 070/812436**

**e-mail caic89900e@istruzione.it caic89900e@pec.istruzione.it**

C.M. caic89900e C.F. 92229630923

**VERBALE N.\_\_\_**

**GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO PER L’INCLUSIONE**

**(GLO)**

Il giorno …. alle ore …. *(indicare a che ora ha inizio la riunione)* nella scuola ……………. di via ……………… si riunisce il GLO della classe …. di via …. riguardane l’alunno\a … *(indicare nome e cognome dell’alunno\a)* per la discussione del seguente ordine del giorno:

* valutazione degli esiti dei processi inclusivi previsti nel PEI ed attuati durante il corrente anno scolastico;

Presiede la riunione *(Dirigente scolastica o operatore psicopedagogico o coordinatore di classe o altro docente)* e funge da segretario verbalizzante l’insegnante ….

Sono presenti: *(nominativi docenti, educatore scolastico, madre, padre, neuropsichiatra e\o altro terapista del centro riabilitativo, eventuali terapisti o educatori extrascolastici invitati dalla famiglia; se necessario togliere o aggiungere righe alla tabella)*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | Ruolo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Benché regolarmente convocati, risultano assenti *(solo se ci sono componenti assenti)*: ….

L’insegnante di sostegno …. descrive ai presenti gli esiti degli obiettivi previsti nel PEI e ne chiede la condivisione ai partecipanti.

La riunione termina alle ore…

IL SEGRETATRIO IL PRESIDENTE

f.to f.to