

Verbale di riunione GLH Operativo

Alunno/a: Ore di sostegno Ore di assistenza

Alunni in classe Classe/Sez. N. alunni in situaz. di handicap

In data, alle ore nei locali di

si è riunito il Gruppo di Lavoro Handicap per la verifica periodica del P E I. Sono presenti:

per la famiglia:
	(nome)	(posizione)

per l'equipe riabilitativa e l'assistenza educativa:

	(nome)	(qualifica ed ente di appartenenza)

per il team docente:

	(nome)	(incarico)

Valutazione diagnostica sintetica:

1. Descrizione del quadro attuale:

(notare con sigle idonee il soggetto che interviene. P.e.: "NPI" per "neuropsichiatra infantile", "ISS" per "insegnante specializzato di sostegno"; "IDL" per "Insegnante Discipline Linguistiche", ecc.)

a) attività e partecipazione in ambiente scolastico

b) attività e partecipazione in ambiente terapeutico-riabilitativo

Sono in corso o recentemente conclusi interventi terapeutici o valutazioni diagn. : SI NO

c) attività e partecipazione in ambiente domestico o extra-scolastico

2. Materiali prodotti dall'alunno/a eventualmente presentati:

3. Qualità dell'interazione con e del Gruppo-classe:

(è rilevante riportare sia le relazioni con i compagni e sia anche lo stile relazionale complessivo del gruppo)

4. Elementi salienti evidenziati:

a) Punti di forza

b) Punti di debolezza

5. Obiettivi a breve ed a medio termine (6-12 mesi):

6. Note conclusive (*sintetizzare il lavoro didattico e confrontare gli esiti con il profilo iniziale*):

7. Giudizio (*riportare la valutazione conclusiva della scheda*):

La riunione ha termine alle ore

Firma docente