|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

##### REGIONE SICILIANA - DISTRETTO SCOLASTICO N. 62

#### ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “F. VIVONA”

# **91013 Calatafimi Segesta (TP)**

# C/da Santa Maria s. n. - Tel. 0924/951311 - Fax 0924/954620

# C.F. 80004430817 - Codice Meccanografico TPIC81300B

*sito web:* [*www.istitutocomprensivovivona.edu*](about:blank)*.it – E- mail:* [*tpic81300b@istruzione.it*](about:blank) – *Pec:* [*tpic81300b@pec.istruzione.it*](about:blank)

Anno scolastico 2023/2024

PRIMO INCONTRO

**VERBALE DEL GLO –Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione**

L. 104/92 art.15 commi 10 e 11 (come modif. dal D. Lgs 96/2019)

**ALUNNO/A ……………………………….CLASSE /SEZIONE……………………………**

SCUOLA DELL’INFANZIA

SCUOLA PRIMARIA

SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO

Il giorno………………del mese di…………………………dell’anno……………………… alle ore…………. nei locali………………………………si riunisce il G.L.O per discutere i seguenti punti all’O.d.G.:

* ………………………………………………………………………………………….…..
* ………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………….….
* ………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Presiede l’incontro | Svolge la funzione di segretario |
|  |  |

Aperta la seduta, si procede a esaminare i seguenti elementi acquisiti per l’elaborazione/variazione del P.E.I.

1. **QUADRO INFORMATIVO**

**SINTESI DIAGNOSI CLINICA, CODICE ICD-10 E INDICE DI GRAVITÀ** :

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

* ART. 3 COMMA 1
* ART.3 COMMA 3

TIPOLOGIA DISABILITA’

* CH (Visiva)
* DH (Uditiva)
* EH (Psicofisica)

La Programmazione educativa sarà:

1. Coincidente con quella della classe/sezione
2. differenziata per:

|  |  |
| --- | --- |
|  | obiettivi |
|  | contenuti |
|  | strategie |
|  | metodologie |
|  | spazi |
|  | altro…………………………………………… |

1. La programmazione sarà caratterizzata da:

|  |  |
| --- | --- |
|  | semplificazioni |
|  | riduzioni |
|  | sostituzioni |

Altre informazioni:

Attività settimanali programmate di frequenza:

- con sostegno ore n. ………….

- senza sostegno ore n. ……….

- con assistente specialistico ore n. ………..

- altro (specificare) …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

specificare luogo ……………………………………………………………………………..

1. **DESCRIZIONE DEL QUADRO ATTUALE**

**Attività e partecipazione in ambiente scolastico**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Interventi e attività extrascolastiche attive

Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attività extrascolastiche di tipo informale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono in corso o recentemente conclusi interventi terapeutici o valutazioni diagnostiche:

no

sì

1. **Osservazioni nel contesto scolastico:**

|  |  |
| --- | --- |
| **FACILITATORI** | **BARRIERE** |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |

**3.Descrizione sintetica degli interventi dei presenti all’incontro:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

no

sì

Vengono richiesti eventuali atti documentati:

Se sì, quali**?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **FIRMA** |
| Dirigente Scolastico  o un suodelegato | ........................................................................ | ………………………………………. |
| F.S.per l’inclusione | …………………………………………………………… | .......................................................... |
| Docente di sostegno | ………………………………………… | ……………………………………… |
| Docenti curricolari | …………………………………....................  …………………………………………… | ………………………………….........  ………………………………………. |
| Operatori A.S.P | ………………………………………………  ……………………………………………… | ……………………………………….  ……………………………………….. |
| Terapisti | ………………………………………………  ……………………………………………… | ……………………………………….  ………………………………………. |
| Operatori A.E.C | ……………………………………………… | ………………………………………. |
| Genitori dell’alunno | ………………………………………............  ……………………………………………… | ……………………………………….  ………………………………………. |

**COMPONENTI DEL G.L.O**

La riunione termina alle ore…………………………

IL DOCENTE VERBALIZZANTE

-------------------------------------------