****

**VERBALE “GLO” del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Oggi…….……………. del mese di…….……..…………. dell’anno duemilaventuno, alle ore………….. presso i locali dell’Istituto Comprensivo “Preside Lucia Palazzo” di Ceglie Messapica, plesso………………………………, si è insediato il gruppo di lavoro “GLO” composto dalla Dott.ssa ………………………………… del Centro “Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale” di Carovigno, dal/dai Docente/i ……………..……………………., ………….…………………………., dall’assistente all’autonomia/alla comunicazione/all’educatrice……………………………………………, dalla sig.ra ……………………….….madre dell’alunno/a…………………………. (Scuola………..……classe……….sez.…..) e dal sig. ………………………………. padre dell’alunno/a…………………………………….

Il gruppo di lavoro si è riunito per esaminare il seguente **O.d.G.**

* elaborazione del PEI;
* ruolo del docente di sostegno e dell’eventuale assistente all’autonomia/educatore nell’ambito delle dinamiche inclusive di classe.

**Punto n° 1**

Il Gruppo di Lavoro procede, dopo un primo periodo d’inserimento scolastico, ad un’iniziale verifica delle potenzialità dell’alunno/a, e rileva che……………………………………………………………………………………..……………………

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

**Punto n° 2**

Il gruppo di lavoro “GLO”, sulla base dei dati derivanti dalla Diagnosi Funzionale, dal Profilo Dinamico Funzionale e dalle osservazioni sistematiche d’inizio anno, propone interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all’educazione, all’istruzione e all’inclusione scolastica. Si procede, dunque, all’elaborazione e alla condivisione del Piano Educativo Individualizzato nel quale è descritto il progetto globale predisposto per l’alunno/a.

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

La seduta è tolta alle ore……………………

 L’Insegnante verbalizzante

…………………………………………………………..…

Genitori dell’alunno

…………………………………………

…………………………………………

Dott.ssa……………………..…….

………………………………………….

Assistente/educatrice…………………………

………………………………………….

Docente/i

…………………………………………..

……………………………..