|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERBALE DI RIUNIONE GLO N. …..** | | | | |
| **Alunn** | | | | **Classe/Sez.** |
| ***Data*** | | ***Ora inizio*** | | ***Ora fine*** |
|  | | | | |
|  | **Nominativo** | | **Ruolo /Qualifica/Ente** | |
| ***Famiglia*** |  | |  | |
| ***Per l’equipe riabilitativa e***  ***l’assistenza educativa*** |  | |  | |
| ***Team docente*** |  | |  | |
| ***Altri*** |  | |  | |
| *Valutazione diagnostica sintetica* | | | | |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DEL QUADRO ATTUALE**  **(con attenzione alla descrizione di barriere e facilitatori)** |
| *Attività e partecipazione in ambiente scolastico e interazione con il gruppo classe e con i docenti* |
|  |
| *Attività e partecipazione in ambiente terapeutico-riabilitativo* |
|  |
| *Attività e partecipazione in ambiente domestico o extra-scolastico* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEMENTI SALIENTI EVIDENZIATI** | |
| *punti di forza* |  |
| *aree di criticità* |  |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI E DECISIONI CONDIVISE** |
|  |
| *Note:* |

***Data presunta del prossimo GLO operativo:***

Viene redatto, letto, approvato e sottoscritto il presente verbale che sarà allegato al PEI dell’alunno/a.

Il/La verbalizzante Il/La Presidente