##

##

##

**VERBALE N. \_\_**

**GLH OPERATIVO CLASSE \_\_\_\_\_**

L’ anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’aula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’I.T.S.S.E.T.

”EMANUELA LOI” di Nettuno si riunisce il GLHO della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per discutere il seguente odg:

1. Integrazione scolastica;
2. Proposte di intervento Educativo-Didattico per l’A.S. 2018/2019

Presiede la riunione il Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Segretario il Prof:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANNO SCOLASTICO ……………………………….. DATA ……………………………………**

**CLASSE ……………………………. N. alunni …………………………………**

Presenza di altri alunni disabili *(con esclusione dell’alunno intestatario del progetto)* **SI NO**

Se la risposta è affermativa indicare l’entità della patologia **lieve medio grave**

Presenza di altre figure di sostegno (insegnante o assistente specialistica) **SI NO**

Quantificazione delle ore (specificare per ogni figura di sostegno) ……………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………….

**DATI RELATIVI ALL’ALUNNO/A INTESTATARIO/A DEL PROGETTO**

Nome/ Cognome ……………………………………………………………………….

Data e luogo di nascita …………………………………………………………………

1. **Sostegno**

Insegnante n. ore ……………………………………

Assistente educativo/alla comunicazione n. ore ……………………………………

 Aree di intervento:

□ Promozione dell’autonomia

□ Promozione del benessere psicofisico e/o motorio

□ Promozione della relazione

□ Favorire il rispetto delle regole sociali

□ Facilitare l’inserimento scolastico

□ Altro ………………………………………………………………………………………………….

1. **Abilità e competenze** *(descrivere in maniera sintetica ed esauriente)*

Livelli di apprendimento raggiunti:

1. Capacità comunicativa ………………………………………………………………………………………............................

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

1. Lettura ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Scrittura

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

1. Calcolo- aritmetica

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

1. Capacità manipolative (controllo del movimento, motricità fine, grossolana, eventuale necessità di ausili tecnologici e/o didattici)

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

1. Altro

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

1. **Profitto scolastico** *(P.E.I. obiettivi minimi o differenziato/ programma della classe)*

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

1. **Problematiche significative manifestate o incontrate a scuola** *(rapporto con il gruppo classe, rispetto delle regole, attenzione, partecipazione, motivazione)*

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

1. **Interessi manifestati a scuola** *(con particolare riferimento alle attività didattiche)*

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

1. **Frequenza scolastica** *(assidua, scarsa, discontinua, motivo delle assenze)*

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

1. **Codici condivisi** *(ICF CY)*

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

1. **Obiettivi condivisi** *(P.E.I.)*

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

1. **Breve sintesi**

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

1. **Sono presenti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docente | Materia | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Genitore | Nome | Firma |
| Madre |  |  |
| Padre |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASL/ Enti accreditati | Nome  | Firma |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D.S. | Nome | Firma |
|  | Dott.ssa Antonella Mosca |  |

La seduta è tolta alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Segretario Il Presidente

………………………………… ……………………………………………………..

****

**OGGETTO: Valutazione dell’alunno** …………………………………………………………………………………….

Classe ……………………………………………………………

*Secondo art.12, 13 O.M. n.128 del 14/05/1999 e art.15 dell’O.M. 90del 21/05/2001*

Vista la normativa vigente

Vista la certificazione relativa

Visti gli interventi svolti e verbalizzati nel GLH Operativo del giorno …………………………………………….

Anno Scolastico 2017/2018

Si chiede che i genitori dell’alunno/a in oggetto si pronunci circa le modalità di valutazione proposte dal C.d.C.

**VALUTAZIONE IN BASE AL P.E.I. DIFFERENZIATO □**

Oppure

**VALUTAZIONE RICONDUCIBILE AI PROGRAMMI MINISTERIALI □**

Nettuno, ……………………………… I genitori

 …………………………………………………..

 …………………………………………………..