 

ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE “CIUFFELLI-EINAUDI”

*Viale Montecristo, 3 - 0 6 0 5 9 - T O D I (PG) - Tel. 075/8959511 - Fax. 075/8959539 – Mail: pgis01100d@istruzione.it*

**VERBALE RIUNIONE GLO del**

**Allievo:**

**Classe:**

Risultano presenti:

* **Docenti :***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Insegnante specializzata nel sostegno didattico), *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* (coordinatore della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(coordinatrice delle attività di sostegno dell’istituto)
* **Medico referente:**  Dott. (ASL di )
* **Genitori :** (Padre) (Madre)
* **Educatore:**

Con il seguente ordine del giorno :

**1. Relazione dell’insegnante di sostegno**

**2. Rilevazione dei punti di forza**

**3. Rilevazione delle difficoltà nei vari ambiti disciplinari e comportamentali**

**4. Presentazione dell’allievo da parte del referente medico**

**5. Strategie, mezzi, strumenti e modalità di verifica e Valutazione**

Discussione :

**1. Relazione dell’insegnante di sostegno:**

**2.Rilevazione dei punti di forza:**

**3. Rilevazione delle difficoltà nei vari ambiti disciplinari e comportamentali:**

**4. Presentazione dell’allievo da parte del referente medico:**

**5. Strategie, mezzi, strumenti e MODALITA’ di VERIFICA e Valutazione:**

L’insegnate specializzato in sostegno didattico

*(Prof. )*

*Il Dirigente Scolastico (o un Suo delegato)*