

**VERBALE**

Incontro del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| GLO (Gruppo di Lavoro Operativo per alunni con certificaz. L. 104/‘92) |  |
| Incontro per alunni con DSA |  |
| Incontro per alunni con BES di altro tipo |  |
| Incontro generico |  |

INFANZIA □ PRIMARIA□ SECONDARIA di 1°grado □

Plesso:

Alunno/a:

Classe/sezione:

Docente di riferimento (ins.te di sostegno/coordinatore di classe):

Data:

| COGNOME | NOME | RUOLO | FIRMA SE IN PRESENZA | DALLE ORE  | ALLE ORE |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

L’anno .................. il mese di ................... il giorno............alle ore...............in presenza/in remoto utilizzando............................

Presiede:

Verbalizza:

SINTESI DELLA DISCUSSIONE

1. Analisi situazione attuale (contesto scolastico/familiare/extrascolastico…)
2. Metodologie/strategie educativo/didattiche
3. Eventuali interventi terapeutici e/o socio-assistenziali
4. Problemi aperti e proposte operative

Data eventuale prossimo incontro

Letto e approvato, firmano per i presenti

Il Presidente Il verbalizzante