

**SCUOLA PRIMARIA**

Direzione Didattica Statale “Giovanni Lilliu”

Sede: Via Garavetti, 1 - 09129 CAGLIARI - Tel. 070/492737 - Fax 070/457687

Mail caee09800r@istruzione.it – caee09800r@pec.istruzione.it - Cod. Mecc. CAEE09800R

**Piano Educativo Individualizzato**

**Verifica Intermedia (sezioni 4-5-6-7-8-9)**

(art. 7, D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 e s.m.i.)

**Anno Scolastico**

|  |  |
| --- | --- |
| ALUNNO/A |  |
| codice sostitutivo personale |  |
| Classe/sezione |  | Plesso o sede |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verifica intermedia | Data      Verbale allegato n.       | Firma del dirigente Scolastico1……………………… . |

 (1) o suo delegato

# Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | FIRMA APPROVAZIONE PEI | Data della firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Nome e Cognome | \*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO | Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza…) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 4. Osservazioni sull’alunno/a per progettare gli interventi di sostegno didattico Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici

**Revisione a seguito della verifica intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione | **a. Dimensione della relazione, dell’interazione e della socializzazione**: |
|  |
| **b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio**: |
|  |
| **c. Dimensione dell’autonomia e dell’orientamento:** |
|  |
| **d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell’apprendimento**: |
|  |

# 5. Interventi per l’alunno/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità

**Revisione a seguito di Verifica Intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle diverse Dimensioni interessate | **A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE** |
|  |
| **B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO** |
|  |
| **C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO** |
|  |
| **D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO** |
|  |

# 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

**Revisione a seguito di Verifica Intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |       |

# 7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo

**Revisione a seguito di Verifica Intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione |       |

# 8. Interventi sul percorso curricolare

**8. 1 Interventi educativo-didattici, strategie, strumenti nelle diverse discipline/aree disciplinari**

**8.2 Progettazione disciplinare(1)**

**8.4 Criteri di valutazione del comportamento ed eventuali obiettivi specifici**

**Revisione a seguito di Verifica Intermedia** Data:

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione (sezioni: 8.1- 8.2 – 8.4) |        |

# 9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse

**Revisione a seguito di Verifica Intermedia** Data:

(eventuale revisione dell’orario e modalità di frequenza dell’alunno, e di interventi e attività extrascolastiche)

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate |       |

**Tabella orario settimanale**

L’orario in cui l’alunno/a è presente a scuola è stato modificato SI [ ]  NO [ ]

L’orario dell’insegnate di sostegno è stato modificato SI [ ]  NO [ ]

L’orario l'assistente all'autonomia o alla comunicazione è stato modificato SI [ ]  NO [ ]

Si veda tabella con le modifiche

Se non sono state apportate modifiche, eliminare la tabella

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **Lunedì** |  | **Martedì** |  | **Mercoledì** |  | **Giovedì** |  | **Venerdì** |  | **Sabato** |
| PRES | SOST | ASS | PRES | SOST | ASS | PRES | SOST | ASS | PRES | SOST | ASS | PRES | SOST | ASS | PRES | SOST | ASS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE ore** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Verifica Intermedia** del **PEI** riunione del GLO data . come risulta da verbale n.  allegato.

Le firme dei componenti del GLO sono riportate nella pagina n. 2