|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MSOST03/bis | **I.I.S. “8 MARZO – K. LORENZ”****Mirano-Venezia**Modulistica Sostegno**VERBALE SECONDO INCONTRO GLHO** | Revisione: 0 |
| Data: 08/11/2019 |

ANNO SCOLASTICO …………/…………

Verbale dell’incontro di verifica del PEI e per i progetti in deroga

**DPR 24 febbraio 1994 artt. 4 e 5**

**Legge N. 122/2010 art. 10 comma 5**

Prot. Ris.:

|  |
| --- |
|  |

Il giorno dell’anno alle ore

presso

previa convocazione si riunisce il Gruppo di Lavoro per l’Handicap Operativo per l’alunno\a

frequentante la classe dell’Istituto

con il seguente ordine del giorno:

* verifica del Piano Educativo Individualizzato;
* proposte di intervento per l’anno scolastico successivo.

Sono presenti

* Consiglio di Classe/Team (*indicare nominativi dei presenti*)

* Servizi socio-sanitari (*indicare nominativi dei presenti*)

* Famiglia

* Altri (*specificare*)

Presiede la riunione

Funge da segretario

I risultati ottenuti nella realizzazione del PEI dell’anno in corso sono stati

* Non raggiunti

* Parzialmente raggiunti

* Pienamente raggiunti

Eventuali specificazioni

I punti di forza rilevati nella realizzazione del PEI sono stati[max 500 battute]

|  |
| --- |
|  |

Le eventuali difficoltà rilevate nella realizzazione del PEI sono state[max 500 battute]

|  |
| --- |
|  |

Nel successivo anno scolastico si ritiene di perseguire i seguenti obiettivi[max 500 battute]

|  |
| --- |
|  |

attraverso interventi educativi e didattici secondo le seguenti metodologie e modalità organizzative:

* [] attività curricolare in classe;
* [] attività curricolare in piccolo gruppo;
* [] intervento individuale;
* [] laboratori;
* [] progetti educativi specifici.

Eventuali suggerimenti per le attività extrascolastiche[max 500 battute]

|  |
| --- |
|  |

Pertanto il GLHO propone che l’alunno\a possa usufruire, per il prossimo anno scolastico, compatibilmente con la disponibilità delle risorse, di:

* [] sussidi e ausili (*specificare*) ;
* [] orario di frequenza flessibile (*specificare*) ;
* [] operatore Socio-Sanitario/addetto all’assistenza n. ore ;
* [] addetto alla comunicazione n. ore ;
* [] ore di sostegno con rapporto 1:4;
* [] ore di sostegno in deroga con rapporto:
	+ [] 1:1
	+ [] 1:2
	+ [] 1:3
* [] altro (*specificare*) .

La riunione si conclude alle ore

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | IL PRESIDENTE |  | IL SEGRETARIO |  |

Letto, confermato e sottoscritto da tutti i presenti che ne hanno facoltà.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partecipanti (ente/famiglia)** | **Nome e Cognome** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |