**Verifica intermedia PEI**

**Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ALUNNO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso o sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Individuare i punti oggetto di revisione intermedia**

* Composizione del GLO
* Punto 4 - Osservazione sull’alunno
* Punto 5 - Interventi per l’alunno (Dimensioni)
* Punto 6 - Osservazioni sul contesto
* Punto 7 - Interventi sul contesto
* Punto 8 - Interventi sul percorso curriculare
* Punto 9 - Organizzazione generale

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

**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

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

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

**A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE**

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

# 

**B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO**

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

**C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO**

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

# D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO

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

# 6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

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

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

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

# 8. Interventi sul percorso curricolare

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

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

**Specificare solo i punti oggetto di eventuale revisione** (i punti non modificati vanno eliminati)

**Tabella orario settimanale**Per ogni ora specificare:   
- se è presente l'insegnante di sostegno Sost. ◻

- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione Ass. ◻

|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.00 - 9.00 | Sost. ◻ Ass. ◻ |  |  |  |  |  |
| 9.00 - 10.00 | Sost. ◻ Ass. ◻ |  |  |  |  |  |
| 10.00 – 11.00 | Sost. ◻ Ass. ◻ |  |  |  |  |  |
| 11.00 - 12.00 | Sost. ◻ Ass. ◻ |  |  |  |  |  |
| 12.00 - 13.00 | Sost. ◻ Ass. ◻ |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

| L’alunno/a è sempre nel gruppo classe con i compagni? |  Sì   No, in base all'orario è presente n. \_\_ ore in laboratorio o in altri spazi per le seguenti attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| Insegnante per le attività di sostegno | Numero di ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Risorse destinate agli interventi di assistenza igienica e di base | Descrizione del servizio svolto dai collaboratori scolastici……………………… |
| Risorse professionali destinate all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione | Tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero di ore settimanali condivise con l’Ente competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe | [ ] docenti del Consiglio di classe o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno  [ ] docenti dell’organico dell’autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte all’alunno/a e/o alla classe  [ ] altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione | Interventi previsti per consentire all’alunno/a di partecipare alle uscite didattiche, alle visite guidate e ai viaggi di istruzione organizzati per la classe…………………………………………………………………… |
| Strategie per la prevenzione e l’eventuale gestione di comportamenti problematici | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Attività o progetti sull’inclusione rivolti alla classe | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Trasporto Scolastico | Indicare le modalità di svolgimento del servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Interventi e attività extrascolastiche attive**

| Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.) | n° ore | struttura | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE  (altre informazioni utili) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Attività extrascolastiche di tipo informale |  | supporto | Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI | NOTE  (altre informazioni utili) |