

**SCUOLA DELL’INFANZIA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “GIOVANNI LILLIU”
SEDE: VIA GARAVETTI, 1 - 09129 CAGLIARI - TEL. 070/492737 – TEL. ALFIERI 070/305719
MAIL CAIC8AG002@ISTRUZIONE.IT – CAIC8AG002@PEC.ISTRUZIONE.IT - COD. MECC. CAIC8GA002**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| BAMBINO/A  |  |
| codice sostitutivo personale |  |
| 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 | 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 sul/sulla bambino/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 il/la bambino/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 educativi, strategie, strumenti nei diversi campi di esperienza**

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

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

# 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 |
| 8.00-9.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.00-10.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.00-11.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11.00-12.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.00-13.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.00-14.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.00-15.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15.00-16.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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