

|  |
| --- |
| **VERBALE** **Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione** |

Grado di Scuola: **XXXXX**

Anno scolastico20**XX**-20**XX**

Il giorno **XXXX** alle ore **XXXX**, si è riunito il Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione dell’alunno/a **XXXXXXXXX**, per discutere i seguenti punti all’ordine del giorno:

1. Verifica intermedia del Piano Educativo Individualizzato
2. Varie ed eventuali.

**Sono presenti**:

Dirigente scolastico **XXXX**

Gli insegnanti della classe **XXXXXXXXX**

Insegnante specializzato **XXXXXXXXX**

L’assistente specialistica **XXXXXXXXX**

Specialisti ambito medico-riabilitativo **XXXXXXXXX**

L’assistente sociale **XXXXXXXXX**

I genitori dell’alunno\a: **XXXXXXXXX**

**Sono assenti:**

 **XXXXXXXXX**

**Presiede** **XXXXXXXXX**

1. **Verifica intermedia del Piano Educativo Individualizzato**

**XXXXXXXXX**

1. **Varie ed eventuali.**

**XXXXXXXXX**

La seduta è tolta alle ore **XXXXXXXXX**

Il Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 9 |  |
| 2 |  | 10 |  |
| 3 |  | 11 |  |
| 4 |  | 12 |  |
| 5 |  | 13 |  |
| 6 |  | 14 |  |
| 7 |  | 15 |  |
| 8 |  | 16 |  |

Verbalizza

Ins.

Visto e preso atto

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO