**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “GALILEO GALILEI”**

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado Via Venezia, 15 - 66020 SAN GIOVANNI TEATINO (CH)

Telefoni: Presidenza 085/4465709 chic811006@pec.istruzione.it

**RICHIESTA GLHO**

(Compilazione a cura del docente di sostegno da consegnare alla segreteria alunni per la convocazione)

Data della richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GLHO in favore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEZ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SCUOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indicare le figure da convocare:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **Centro di Riabilitazione/Privato** | **Mail** | **Giorni disponibili** | **Orario/fascia orario** |
| [ ]  MADRE DELL’ALUNNO/A |  |  |  |  |  |
| [ ]  PADRE DELL’ALUNNO/A |  |  |  |  |  |
| [ ]  TUTORE LEGALE |  |  |  |  |  |
| [ ]  NEUROPSICHIATRA ASL |  |  |  |  |  |
| [ ]  PSICOLOGO |  |  |  |  |  |
| [ ]  LOGOPEDISTA |  |  |  |  |  |
| [ ]  FISIOTERAPISTA  |  |  |  |  |  |
| [ ]  ASSISTENTE SPECIALISTICA SCOLASTICA |  |  |  |  |  |
| [ ]  ASSISTENTE SOCIALE |  |  |  |  |  |
| [ ]  OPERATORE ASSOCIAZIONI |  |  |  |  |  |
| [ ]  COORDINATORE  |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE/I DI SOSTEGNO |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |
| [ ]  DOCENTE |  |  |  |  |  |

GIORNO E FASCIA ORARIO IN CUI CONVOCARE LA RIUNIONE (Dopo aver sentite tutte le figure, indicare i giorni e le fasce orarie in cui tutti sono disponibili)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O.d.G. (Indicare e /o aggiungere gli argomenti da trattare nella riunione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GLHO INIZIALE (SETTEMBRE-NOVEMBRE)** | **GLHO FINALE: (MAGGIO-GIUGNO)** | **GLHO STRAORDINARIO:** |
| [ ]  situazione iniziale dell’alunno;[ ]  verifica documentazione agli atti dell’istituto[ ]  individuazione degli obiettivi di lavoro per l’anno;[ ]  esame degli elementi utili alla predisposizione del Piano Educativo Individualizzato;[ ]  eventuali progetti specifici;[ ]  particolari esigenze- varie ed eventuali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  verifica del PEI con descrizione degli interventi;[ ]  definizione/proposta ore;[ ]  individuazione obiettivi e interventi per la programmazione educativa e didattica dell’anno scolastico successivo;[ ]  eventuale definizione criteri didattico-operativi in relazione all'esame di stato;[ ]  varie eventuali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  verifica dell’andamento didattico-disciplinare dell’alunno/a[ ]  situazioni particolari/ varie ed eventuali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |