

|  |  |
| --- | --- |
| **Istituto Comprensivo Porto Garibaldi**  Via Pastrengo, 1 - 44029 - PORTO GARIBALDI (Comacchio) - (Fe) | |
| C.F. 91016560384 - Codice meccanografico: feic82000p | |
| 0533.324697 - 0533.353438 - e-mail: [**feic82000p@istruzione.it**](mailto:feic82000p@istruzione.it) **-** p.e.c.: **feic82000p@pec.istruzione.it** |  |
| www.istitutocomprensivoportogaribaldi.edu.it | |

**Relazione iniziale /primo Incontro GLO**

**a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_**

Alunno/a:

Classe:

Sede Scolastica:

Insegnante di sostegno:

Insegnanti di classe:

Educatore:

**CONTESTO CLASSE**

N.B. Fare eventualmente riferimento alla copertura oraria (contemporaneità, sostegno, educatore, potenziamento) specificando comunque che la responsabilità dell'inclusione è di tutti i docenti della classe.

**COMPORTAMENTO**

* **con gli adulti:**
* **con i compagni:**
* **verso le attività proposte:**

**AUTONOMIA**

* **personale per gli spostamenti:**
* **cura del materiale:**
* **nei compiti e durante le lezioni in classe:**

**ATTENZIONE**

**PARTECIPAZIONE**

**MOTIVAZIONE**

**APPRENDIMENTO**

**PUNTI DI FORZA ED INTERESSI**

**DIFFICOLTA’ PER ORA EVIDENZIATE**

**PROPOSTE DI INTERVENTO DA DISCUTERE**

N.B. É possibile integrare e/o adattare le voci rispetto alla specificità delle singole situazioni.

**Il Team di sezione/il Team docenti/ Il Consiglio di Classe che ha redatto la relazione finale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | RUOLO | FIRMA |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te |  |
|  | Ins.te Sostegno |  |
|  | Educatore/Educatrice |  |

Porto Garibaldi, lì