

# PROTOKÓŁ KONTROLI WYPOCZYNKU

Kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 92m ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021 r. poz. 1915) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2016 r. poz. 452 z późn. zm.).

Nazwa lub imię i nazwisko organizatora wypoczynku oraz adres jego siedziby lub adres zamieszkania:

Szkoła Podstawowa  
im. Janusza Korczaka  
w Żołędowie  
ul. Bydgoska 24, 86-021 Żołędów  
tel. 52 381 87 28

Imię i nazwisko kierownika wypoczynku oraz jego adres zamieszkania: Magdalena Wuraidec  
ul. Białostocka 16c 85-860 Bydgoszcz

Numer zgłoszenia wypoczynku umieszczonego w bazie wypoczynku: 1309/kw3/2022-I

Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby przeprowadzającej kontrolę: Bożena Stos  
starej inżyniera - na podstawie upoważnienia wydanego przez Kurajawsko-Pomorskiego Kuratora Oświaty z dnia 14.01.2022

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych: 21.01; data zakończenia czynności kontrolnych 21.01.2022

Miejsce kontroli: Szkoła Podstawowa w Żołędowie

1) w miejscu wypoczynku TAK/NIE

2) inne miejsce (miejscowość/adres): \_\_\_\_\_

Kontrolę przeprowadzono we współpracy z innymi służbami: TAK/NIE (podać jaką: np. Państwowy Inspektor Sanitarny; Komendant Powiatowy (Miejski) Państwowej Straży Pożarnej; Policja; inne \_\_\_\_\_)

Res kontroli: zgodność dokumentacji z przepisami prawa

1) forma wypoczynku: (kolonia, półkolonia, zimowisko, obóz, biwak, inna forma wypoczynku)

2) termin wypoczynku: 17.01 - 21.01.2022

Opis ustalonego stanu faktycznego:

Liczba uczestników: 45 w tym liczba dzieci do 10 roku życia: 44

Liczba uczestników niepełnosprawnych lub przewlekle chorych: \_\_\_\_\_

Wypoczynek organizowany wyłącznie dla dzieci niepełnosprawnych lub przewlekle chorych: TAK/NIE

Liczba grup z dziećmi do 10 roku życia: 3

Liczba grup mieszanych, w której są dzieci do 10 roku życia: \_\_\_\_\_

Liczba grup z dziećmi powyżej 10 roku życia: 1



Karty kwalifikacyjne uczestników zgodne ze wzorem (załącznik nr 6 do rozporządzenia w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży): TAK/NIE

Liczba kart kwalifikacyjnych uczestników: ..... 45 .....

Ubezpieczenie uczestników: TAK/NIE ..... skądś .....

Liczba wychowawców: ..... 3 .....

Rodzaj opieki medycznej:

- 1) znajomość danych teleadresowych, godzin przyjęć oraz zakresu świadczeń opieki zdrowotnej właściwego świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.): TAK/NIE
- 2) umowa zawarta o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem medycznym: TAK/NIE
- 3) inny (wskazać jaki): .....

Zapewnienie bezpiecznego korzystania z wyznaczonego obszaru wodnego (jeżeli dotyczy): TAK/NIE  
Opieka ratownika na obszarze wodnym: TAK/NIE

Informacja o wypadkach, urazach:

Rodzaj .....	Liczba .....	Przyczyna .....
Rodzaj .....	Liczba .....	Przyczyna .....
Rodzaj .....	Liczba .....	Przyczyna .....

Inne powody interwencji służb medycznych:

Kwalifikacje kierownika (art. 92p ust. 1 ustawy o systemie oświaty): TAK /NIE

Kwalifikacje wychowawców (art. 92p ust. 2 ustawy o systemie oświaty): TAK/NIE

Program wypoczynku: TAK/NIE

Program zajęć na każdy dzień udostępniony wszystkim uczestnikom wypoczynku: TAK/NIE

Zakresy obowiązków podpisane przez poszczególnych pracowników: TAK/NIE

Regulaminy (jakie, komu i gdzie udostępnione, itp.):

..... instrukcja sanitarna, bhp, covidowy, mycie rąk, .....

Dokumentacja świadcząca o kontroli wykonywania obowiązków przez pracowników:

..... podpisy kierownika w dokumentacji zajęć .....

Dziennik zajęć prowadzony zgodnie ze wzorem (załącznik nr 5 do rozporządzenia w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży): TAK /NIE

Wymóg potwierdzenia niekaralności:

- 1) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego: TAK/NIE



2) oświadczenia o niekaralności: TAK/NIE

Spełnienie obowiązków wynikających z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 152), tj. sprawdzenie czy organizator pozyskał informację, czy dane osoby z kadry wypoczynku są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (RSPTS) z dostępem ograniczonym: TAK/NIE

Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości: ..... nie stwierdzono



Imiona, nazwiska i funkcje osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości: ..... nie stwierdzono

Data zawiadomienia organizatora wypoczynku o zamiarze przeprowadzenia kontroli: 17.01.2022

Organizator wypoczynku nie został poinformowany o zamiarze przeprowadzenia kontroli z powodu:

- 1) uzasadnienia bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia uczestników wypoczynku;
- 2) wcześniej przeprowadzonej kontroli;
- 3) otrzymanej skargi.

Przed przeprowadzeniem kontroli osoba przeprowadzająca kontrolę złożyła pisemne oświadczenie o braku lub istnieniu okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli: TAK/NIE

Uwagi :

bez uwag

**Pouczenie:**

Organizator wypoczynku lub kierownik wypoczynku albo osoba upoważniona ma prawo zgłosić pisemne umotywowane zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania oraz odmówić podpisania protokołu.

Organizator wypoczynku (kierownik wypoczynku/osoba upoważniona) odmówił podpisania protokołu: TAK/NIE

podpis organizatora wypoczynku  
lub kierownika wypoczynku  
albo osoby upoważnionej:

Magdalena Durajek

podpis osoby przeprowadzającej kontrolę:

Bogna  
mgr Bogna Łos

