

**POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**  
ul. Jasna 10, tel. 68 325 46 71  
65-470 ZIELONA GÓRA  
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Załącznik nr 2

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDMO.55.2018**

Zielona Góra, dnia 19.02.2018 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**Kingę Paczyńską, Sekcja HDMO, numer upoważnienia 654 – przewodniczący zespołu kontrolującego  
i Joannę Adamczyk Sekcja PZ, numer upoważnienia 674 – członek zespołu kontrolującego**  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w  
Zielonej Górze (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261zm.) w związku z art. 67 § 1 orz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1257zm.)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

**Wypoczynek zimowy dla dzieci  
Zorganizowany na terenie:  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej  
„Promyk” SP ZOZ  
Ul. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra  
Telefon 684536282**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Wypoczynek zimowy dla dzieci  
Zorganizowany na terenie:  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej  
„Promyk” SP ZOZ  
Ul. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra  
Telefon 684536282**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Wypoczynek zimowy dla dzieci  
Zorganizowany przez:  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej  
„Promyk” SP ZOZ  
Ul. B.Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra  
Telefon 684536282**  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

.....  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP – 9291659411 Regon – 971285918

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

**Magdalena Byniskiewicz- Dyrektor wypoczynku** (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

**Nie dotyczy**

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

**Magdalena Byniskiewicz- Dyrektor wypoczynku**(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli – **19.02.2018 r. godz. 11.10.**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* - **nie dotyczy**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy**

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **19.02.2018 r. godz.12.00**

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* **Nie dotyczy**

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- **Ocena warunków higieniczno-sanitarnych zimowego wypoczynku dla dzieci – przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne placówki.**

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\* **Nie dotyczy**

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\* **Nie dotyczy**

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu\* - **Nie dotyczy**

10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów – **Nie dotyczy**

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- **Karta zgłoszenia do Kuratorium Oświaty.**
- **Karty kwalifikacyjne uczestników.**
- **Program zajęć.**
- **Regulamin półkolonii.**
- **Dziennik zajęć.**
- **Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.**
- **Umowa o świadczenie usługi cateringowej NR 17/01/2018 z dnia 02.01.2018 r. zawarta z firma cateringową KUBUS Rober Macek ul. Osiedlowa 17/51, 65-268 Zielona Góra**

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* - **Nie dotyczy**

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – **Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania - F/HDM/15.**

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

### Organizacja wypoczynku

- **Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze zorganizował wypoczynek zimowy dla dzieci – półkolonie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ przy ul. Głowackiego 8A w Zielonej Górze.**
- **Organizator zgłosił wypoczynek do Kuratorium Oświaty, który został zakwalifikowany i zarejestrowany pod Nr 9555/LUB/2018-Z w dniu 19.01.2018r.**
- **Zajęcia odbywają się w godz. od 07.30 do 16.00.**
- **W placówce wypoczynku przebywa 4 uczestników w wieku od 6 do 12 lat**
- **Opiekę zapewnia 1 wychowawca oraz kierownik wypoczynku.**

- Na terenie obiektu zapewniono apteczkę pierwszej pomocy wraz z instrukcją do udzielania pierwszej pomocy.
- Opiekunowie posiadają aktualne badania medyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Czas kontroli 15 min.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

**Teren/budynek i pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:**

- Uczestnikom wypoczynku zorganizowano gry i zabawy, zajęcia manualne, wyjścia kulturalno-rekreacyjne oraz hydroterapię.
- Do dyspozycji uczestników wypoczynku przeznaczono 2 sale: do hydroterapii, sala „Doświadczenia świata”, wyposażone w wentylację grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne, możliwość otwierania okien.
- Stan sanitarno-techniczny wyposażenia pomieszczeń i otoczenia jest zachowany.
- Na terenie placówki obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i w widocznym miejscu umieszczono znaki słowne i graficzne informujące o obowiązującym zakazie.
- Teren budynku jest ogrodzony, nawierzchnia równa i utwardzona.

Czas kontroli 10 min.

**Pomieszczenia higieniczno-sanitarne**

- Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są na każdej kondygnacji.
- Wyposażone jest w kabiny ustępowe, umywalki do mycia rąk z bieżącą wodą ciepłą i zimną oraz środki do utrzymania higieny osobistej.
- W pomieszczeniu sanitarnym zapewniona jest wentylacja grawitacyjna, oświetlenie naturalne i sztuczne.
- Stan techniczny oraz czystość bieżąca pomieszczeń jest zachowana.

Czas kontroli 5 min.

**Dożywianie uczestników**

- Organizator zapewnił dożywianie tj. śniadanie, obiad dwudaniowy i podwieczorek. Stawka żywieniowa wynosi 11,20 zł.
- Posiłki przygotowywane są przez firmę cateringową KUBUS Robert Macek, ul. Osiedlowa 17/51, Zielona Góra.
- Posiłki spożywane są w na terenie placówki w naczyniach wielokrotnego użytku.
- Uczestnikom wypoczynku zapewniono napoje.

Czas kontroli 10 min.

**Opieka Medyczna**

- Opieka medyczna zapewniona jest przez pielęgniarkę Magdalenę Stawską.
- W obiekcie zapewniona jest apteczka do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją do udzielania pierwszej pomocy.
- W trakcie trwania wypoczynku nie stwierdzono zachorowań, wypadków i hospitalizacji.

**Gromadzenie odpadów stałych**

- Odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach wyłożonych workami foliowymi i systematycznie są opróżniane przez ZGK.

Czas kontroli 5 min.

Pozostawiono materiały edukacyjne –Patent na bezpieczne ferie.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

**Nie dotyczy**

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\* **Nie dotyczy**

#### IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*  
.....
2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego  
.....
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono\*\*  
.....  
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części .....nie nałożono/nałożono\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na..... (imię i nazwisko/stanowisko)  
w wysokości..... słownie..... (nr mandatu karnego).....  
(podstawa prawna) .....
5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez  
.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu ..... (imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się\*\*
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży  
Niepełnosprawnej "Promyk" SPZOZ

*Magdalena Biniszkiewicz*  
Dyrektor

mgr inż. Magdalena Biniszkiewicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZA ASYSTENT

*Kinga Paczyńska*  
mgr Kinga Paczyńska

WZROSTOWNIK SEKCJI

Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej

*Anna Adamczyk*  
Anna Adamczyk

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.02.2018 r.

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży  
Niepełnosprawnej "Promyk" SPZOZ

*Magdalena Biniszkiewicz*  
Dyrektor

mgr inż. Magdalena Biniszkiewicz

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* **Ocena stanu sanitarnego**  
**wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania - F/HDM/15.** (nazwa/nr)

**POUCZENIE:** W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić