

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS.HDMO.325.2018

Zielona Góra, 05 lipiec 2018r.  
(miejsowość i data)

**Przeprowadzonej przez Urszulę Czarną-Al-Shaick, sekcja HDMO z upoważnienia nr 635 i nr 1787-  
przewodniczący zespołu kontrolującego oraz Joannę Adamczyk, sekcja PZ z upoważnienia nr 674  
i nr 1788- 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 2017r. poz. 1261 ze zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy  
z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 1257 ze zm).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

## 1. Podmiot kontrolowany

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany przez  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.  
ul. Głowackiego 8 A  
65-301 Zielona Góra  
Tel. 68/4536282**

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

## 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.  
ul. Głowackiego 8 A  
65-301 Zielona Góra  
Tel. 68/4536282**

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

## 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk Sp. z o. o.  
ul. Głowackiego 8 A  
65-301 Zielona Góra, tel. 68/4536282**

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

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

## 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

**Pani Magdalena Biniszkiwicz- Dyrektor placówki**

(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\* **Nie dotyczy.**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **05.07.2018r., godz.10:20**2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: **25.06.2018r.**3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy.**4. Data i godzina zakończenia kontroli: **05.07.2018r., godz. 11:10**5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: **Nie dotyczy.**

## 6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- **Ocena stanu sanitarnego obiektu i otoczenia- przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące higieny wypoczynku i rekreacji.**

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.**
  - **Orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.**
  - **Karty kwalifikacyjne uczestników.**
  - **Program półkolonii.**
  - **Umowa na świadczenie usług cateringowych z firmą „KUBUS Robert Macek” z dn. 17.01.2018r.**
  - **Przelew z rachunku z dn. 15.06.2018r.- „Opłata za gospodarowanie odpadami komunalnymi”**
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*: **Nie dotyczy.**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – załącznik Nr F/HDM/015- ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.

### III. WYNIKI KONTROLI

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

**Na terenie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze przebywają uczestnicy wypoczynku letniego w terminie 25.06.2018r. do 06.07.2018r. Organizatorem wypoczynku jest Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ z siedzibą przy ul. Głowackiego 8A w Zielonej Górze.**

**Organizator zgłosił wypoczynek do Kuratorium Oświaty i został zarejestrowany pod numerem 6668/LUB/2018-L. Zajęcia odbywają się w godzinach od 7:30 do 16:00. W placówce wypoczynku przebywa 23 uczestników w wieku od 6 do 12 lat. Uczestnicy posiadają prawidłowo wypełnione karty kwalifikacyjne uczestnika.**

**Dla uczestników zapewnione są gry, zabawy na świeżym powietrzu, gry planszowe, zajęcia integracyjne, rehabilitacja ruchowa, ćwiczenia ogólnorozwojowe, zajęcia rekreacyjno-kulturalne, hydroterapia, warsztaty kulinarne, wyjścia na basen, do palmiarni i kręgielni, wyjście do ogrodu botanicznego, sali zabaw i „Krainy słodkości”.**

**Czas kontroli 20 minut.**

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

#### **Teren, budynek/pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:**

**Do dyspozycji uczestników przeznaczono świetlicę, sala doświadczania świata, pomieszczenie hydroterapii, plac zabaw, sala do zajęć ruchowych.**

**W pomieszczeniach zapewniono wentylację grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne. Stan sanitarno- techniczny wyposażenia pomieszczeń, sal zajęć i otoczenia jest zachowany.**

**Na terenie wypoczynku przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i w widocznym miejscu umieszczone są oznaczenia słowne i graficzne informujące o tym zakazie.**

#### **Pomieszczenia higieniczno-sanitarne.**

- **Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są na każdej kondygnacji.**
- **Wyposażone są w umywalki do mycia rąk z wodą bieżącą ciepłą i zimną oraz środki higieny osobistej. W pomieszczeniach sanitarnych zapewniona jest wentylacja grawitacyjna, oświetlenie naturalne i sztuczne. Czystość bieżąca zachowana.**

**Czas kontroli 10 minut.**

Opieka medyczna i wychowawcza uczestników wycieczki.

Opieka medyczna zapewniona jest przez organizatora, tj. lekarz rehabilitacji medycznej przebywający na terenie placówki.

W obiekcie zapewniona jest apteczka do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją do jej udzielania. W trakcie trwania wycieczki nie stwierdzono zachorowań, wypadków i hospitalizacji.

Opiekę nad uczestnikami zapewnia 2 wychowawców pedagogicznych i kierownik.

Pracownicy posiadają aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Czas kontroli 5 minut.

Dożywianie uczestników.

Organizator zapewnia dożywianie tj. śniadanie, obiad dwudaniowy i podwieczorek, kompot.

Posiłki przygotowywane są przez firmę „KUBUS Robert Macek”, ul. Osiedlowa 17/51 w Zielonej Górze.

Stawka żywieniowa wynosi 11,20 zł.

Czas kontroli 10 minut.

Gromadzenie odpadów stałych.

Odpady komunalne odbierane są zgodnie z Deklaracją złożoną do Zielonogórskiego Związku Gmin w Zielonej Górze Al. Zjednoczenia 110c.

Czas kontroli 5 minut.

- Pozostawiono materiały edukacyjne – broszury i ulotki na temat „Bezpiecznych i zdrowych wakacji”.
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 III pkt 3 ...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 grzywny 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  
**Nie dotyczy.**

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży  
Niepełnosprawnej „Promyk” SPZOZ

*B. Biniśkiewicz*  
Dyrektor

mgr inż. *Małgorzata Biniśkiewicz*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY  
NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK”  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra  
tel. (068) 453 62 82, fax (068) 453 62 90  
NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

MŁODSZY ASYSTENT

*U. Czarna-Al-Shaick*  
mgr inż. Urszula Czarna-Al-Shaick

KIEROWNIK SEKCJI  
Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej

*J. Adamczyk*  
mgr Joanna Adamczyk

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **05.07.2018r.**

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży  
Niepełnosprawnej „Promyk” SPZOZ

*B. Biniśkiewicz*  
Dyrektor

mgr inż. *Małgorzata Biniśkiewicz*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY  
NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK”  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra  
tel. (068) 453 62 82, fax (068) 453 62 90  
NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* **załącznik Nr F/HDM/15- ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.**

(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