

**POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**

Pieczeć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
65-470 ZIELONA GÓRA  
NIP 929-10-85-602, Reg. 970777594

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDM-242/2019**

**Zielona Góra, dnia 19 sierpnia 2019 r.**  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**Przeprowadzonej przez Kingę Paczyńską, sekcja HDM z upoważnienia nr 730 - przewodniczący zespołu kontrolującego oraz Agnieszkę Ganczar, Kierownik sekcji HDM z upoważnienia nr 710 - 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 2019r. poz. 59), 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 2018r. poz. 2096 ze zm.)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany przez:  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany na terenie:  
Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk”  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Organizator wypoczynku :  
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ  
ul. B. Głowackiego 8A  
65-301 Zielona Góra**  
(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:

**Pani Magdalena Biniszkiewicz – 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/hr)

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

**Nie dotyczy**

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli – **19 sierpnia 2019 r. godz. 13.50**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **19 sierpnia 2019 r. godz. 14.45**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* **Nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
  - **Ocena stanu sanitarnego wycieczki letniej dzieci i młodzieży.**
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.**
  - **Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.**
  - **Dziennik zajęć.**
  - **Karty kwalifikacyjne uczestników.**
  - **Plan półkolonii letnich „Lato w Promyku”**
  - **Regulamin półkolonii**
  - **Zakres obowiązków kierownika wycieczki i wychowawcy.**
  - **Rejestr wypadków.**
  - **Umowa nr 20/01/2019 na świadczenie usług cateringowych zawarta w dniu 02.01.2019 r. z firmą „Kubus Robert Macek” z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Osiedlowej 17/51**
  - **Potwierdzenie przelewu z dn. 09.01.2019 r. „Opłata za Gospodarowanie Odpadami Komunalnymi za 2019 r.”**
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* - **Nie dotyczy**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – **Ocena stanu sanitarnego wycieczki 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 wycieczki

**Wycieczka letnia dla dzieci – półkolonia letnia na terenie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze, w terminie od 19.08.2019 r. do 30.08.2019 r. Organizator zgłosił wycieczkę do Kuratorium Oświaty, który został zakwalifikowany i zarejestrowany pod Nr 2102/LUB/L-2019 w dniu 20.05.2019**

**W placówce wycieczki przebywa 20 uczestników w wieku od 6 do 12 lat. Liczba Chłopców 7, liczba dziewcząt 13. Zajęcia odbywają się w godzinach od 7:30 do 16:00 Opiekę zapewnia 2 wychowawców oraz kierownik wycieczki. Opiekunowie posiadają badania medyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych.**

**Dla uczestników zapewnione są gry, zabawy na świeżym powietrzu, gry planszowe, zajęcia integracyjne, rehabilitacja ruchowa, ćwiczenia ogólnorozwojowe, zajęcia rekreacyjno kulturalne, hydroterapia, wyjścia na basen, do palmiarni, wyjścia do kina, do kręgielni, do planetarium.**

**Czas kontroli 10 min.**

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

### I Teren/budynek i pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:

Do dyspozycji uczestników przeznaczono świetlicę, salę doświadczenia światła, pomieszczenie do hydroterapii, plac zabaw, sala do zajęć ruchowych oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne. W pomieszczeniach zapewniono wentylację grawitacyjną oraz mechaniczną, oświetlenie naturalne i sztuczne.

Stan sanitarno-techniczny pomieszczeń, wyposażenia i otoczenia zachowany.

Na terenie obiektu obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i w widocznym miejscu umieszczono znaki informujące o obowiązującym zakazie.

Czas kontroli 10 min.

### II Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są na każdej kondygnacji.

Wyposażone są w oczka ustępowe, umywalki do mycia rąk z wodą bieżącą ciepłą i zimną, prysznice oraz środki higieny osobistej, oczka ustępowe.

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniona jest wentylacja mechaniczna oświetlenie naturalne i sztuczne.

Stan techniczny oraz czystość bieżąca pomieszczeń jest zachowana.

Czas kontroli 10 min.

### III Dożywianie uczestników

- Uczestnicy mają zapewnione dożywianie: śniadanie, obiad dwudaniowy z napojem i podwieczorek. Organizator zapewnia wodę do picia dla uczestników wypoczynku.

- Posiłki dostarczane są przez firmę cateringową.

- Stawka żywieniowa wynosi 13 zł.

Czas kontroli 10 minut

### IV Opieka medyczna

- Opieka medyczna nad uczestnikami półkolonii zapewniona jest w okresie wypoczynku przez lekarza rehabilitacji medycznej przebywającego na terenie placówki.

- W obiekcie zapewniona jest apteczka do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją do udzielania pierwszej pomocy.

- Opiekę nad uczestnikami zapewnia 2 opiekunów oraz kierownik wypoczynku.

- Pracownicy posiadają aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.

- W trakcie trwania wypoczynku nie odnotowano wypadków, urazów, zachorowań, zatruc pokarmowych.

Czas kontroli 10 minut

### V Gromadzenie odpadów stałych

Odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach wyłożonych workami foliowymi i systematycznie są opróżniane. Odpady komunalne składowane są w kontenerach oddalonych co najmniej 10 m od budynków.

Za odbiór odpadów komunalnych z miejsca wypoczynku odpowiada Miejski Zakład Komunalny.

Czas kontroli 5 min

W miejscu pozostawiono materiały edukacyjne na temat bezpiecznych 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 ..... ~~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 grzywn 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

Dyrektor

mgr inż. Magdalena Biniszkievicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Paczyńska

mgr Kinga Paczyńska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

KIEROWNIK

Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży

mgr Agnieszka Ganczar

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.08.2019 r.

(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.**

**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

NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

tel. (068) 453 62 82, fax (068) 453 62 90

ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

„NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK”

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY

NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

tel. (068) 453 62 82, fax (068) 453 62 90

ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

„NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK”

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY