

**Kuratorium Oświaty w Katowicach**

Wydział/Delegatura Gliwice

DK-GL.5553.70.2022

**PROTOKÓŁ KONTROLI WYPOCZYNKU**

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

**przez:**

**Macieja Osucha – starszego wizytatora Kuratorium Oświaty w Katowicach, Delegatura Gliwice.**

Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr **OA-OR.057.2.886.2022 z dnia 10 sierpnia 2022 r.**

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

**INVEST EXPO Sp. z o.o.,**

Imię i nazwisko kierownika wypoczynku oraz jego adres zamieszkania

Numer zgłoszenia wypoczynku umieszczonego w bazie wypoczynku **33507/SLA/L-2022**

Data rozpoczęcia kontroli **12 sierpnia 2022 r.** data zakończenia kontroli **12 sierpnia 2022 r.**

Miejsce kontroli: **Hala Widowiskowo Sportowa „Górnych Walów”,**

**Zakres kontroli:**

Kontrola w zakresie prawidłowości organizacji wypoczynku zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2020 r. poz. 1327, z późn. zm) oraz rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 452 z późn. zm.)

Opis ustalonego stanu faktycznego:

**Zgodny ze zgłoszeniem oraz obowiązującymi przepisami prawa.**

.....  
Mnie/ Długo 21 - Liczba opinii od 2017 r  
.....  
.....  
.....

Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

---

---

---

---

---

---

Imiona, nazwiska i funkcje osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości:

---

---

---

---

**Informacje dodatkowe:**

Kontroli dokonano razem z inną uprawnioną inspekcją lub służbą: ~~TAK~~ – NIE.

Jeśli tak, należy wskazać z jaką.

---

---

Kontrola przeprowadzona na skutek interwencji (rodziców/opiekunów, innych): ~~TAK~~ – NIE.

O zamiarze przeprowadzenia kontroli powiadomiono organizatora wypoczynku w dniu:

**11 sierpnia 2022 r., telefonicznie**

Odstąpiono od powiadomienia organizatora z uwagi na (art.92m ust.3 uso):

---

---

---

**Forma wypoczynku: półkolonie**

**Czas trwania kontrolowanego wypoczynku: 8 sierpnia 2022 r. – 12 sierpnia 2022 r.**

Informacje dodatkowe , np. o zamiarze zastosowania art. 92 n

---

---

---

---

---

---

Data i podpis przeprowadzającego kontrolę: 12 sierpnia 2022 r.

Starszy Wizytator  
mgr inż. Maciej Osuch

Data i podpis organizatora wycieczki lub kierownik wycieczki albo osoby upoważnionej:

..... 12.08.2022 .....

W przypadku odmowy podpisania protokołu kontroli przez organizatora wycieczki/kierownika, kontrolujący odnotowuje ten fakt w protokole

---

---

**Pouczenie:**

Informuję, że ma Pani/Pan prawo odmówić podpisania protokołu.

Informuję, że zgodnie z art. 92 m ust.13 ustawy o systemie oświaty organizator wycieczki lub kierownik wycieczki albo osoba upoważniona ma prawo wnieść pisemne umotywowane zastrzeżenia do protokołu kontroli w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania do śląskiego kuratora oświaty, 40-024 Katowice, ul. Powstańców 41a. Zastrzeżenia można również złożyć lub wysłać na adres właściwej terenowo Delegatury.

**Material pomocniczy do wykorzystania w ustalaniu zakresu kontroli:**

**1. Uczestnicy wycieczki**

Liczba uczestników: 21, w tym liczba dzieci poniżej 10 roku życia: 9

Liczba grup: 2 Liczba uczestników w poszczególnych grupach: 10, 11

Liczba uczestników niepełnosprawnych: 0

Liczba kart kwalifikacyjnych uczestników: 21

**Ocena wypełnionych kart uczestnika:**

- zgodność druku z wzorem opublikowanym w rozporządzeniu: TAK NIE

- adnotacje rodziców, pielęgniarki, wychowawcy klasy oraz organizatora/wychowawcy kolonii:

**adnotacje w miarę potrzeb**

Uwagi:

Rejestr wypadków : TAK NIE

(liczba urazów, rodzaj wypadków) 0

Do dnia prowadzenia kontroli nie odnotowano wypadków.

**2. Pracownicy placówki wycieczki**

Liczba kierowników 1

Liczba wychowawców 2

Rodzaj opieki medycznej: w ramach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opieka ratownika na kąpielisku: TAK - NIE

Uwagi NIE DOŚCI

**Kwalifikacje kadry pedagogicznej:** ( art.92p uso) TAK - NIE.

Wychowawcy:

1..

2..

Uwagi

**Imię, nazwisko kierownika** (kwalifikacje do kierowania wycieczką ( art.92p ust.1 uso):

#### 4 Dokumentacja wypoczynku

**Dokumentacja kierownika** (§ 6 ust.1 rozporządzenia w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży)

**Program wypoczynku, regulamin wypoczynku, zadania wychowawców, umowy, zakresy obowiązków (podpisane), dokumentacja środków finansowych, karty uczestników.**

**Dokumentacja wychowawcy:** (dzienniki zajęć, regulaminy – potwierdzenie zapoznania się z regulaminami uczestników)

**Dzienniki zajęć, regulaminy (podpisane) harmonogram dnia, plan zajęć**

**Zakresy obowiązków** podpisane przez poszczególnych pracowników: TAK - ~~NIE~~  
Uwagi

**Bez uwag**

Kontrola wykonywania obowiązków przez pracowników:

**Kontrola wykonywania obowiązków przez nauczycieli:** jest prowadzona przez kierownika na bieżąco – wpisy w dzienniczkach

**Dokument świadczący o ubezpieczeniu uczestników (nazwa firmy ubezpieczającej, nr polisy):**

.....  
PZU 17474

#### 5. Organizacja wypoczynku

**Ocena wyposażenia miejsca wypoczynku** (w pomoce, sprzęt do zajęć, urządzenia, przybory i materiały):

Obiekt spełnia warunki higieniczno-sanitarne. Kierownik wypoczynku zapewnił zaopatrzenie uczestników wypoczynku w sprawny sprzęt oraz apteczkę pierwszej pomocy. Zapewniono uczestnikom materiały i pomoce do: .....  
.....@167 1 7404w SP-424C - 041314266 1746

Czy organizator zapewnił **stacjonarną apteczkę medyczną?**: TAK – ~~NIE~~.

**Ocena realizacji programu:**

**Program wypoczynku oraz zajęcia dostosowane są do wieku, zainteresowań, potrzeb, możliwości uczestników. Realizacja na bieżąco.**

**Ocena warunków wypoczynku / dotyczy tylko wypoczynku wyjazdowego / : nie dotyczy**

Pokoje .....

Pomieszczenia sanitarne .....

Stołówka .....

Świetlica .....

Kapielisko .....

Miejsca do zajęć rekreacyjno - sportowych / boiska, sale gimnastyczne, korty tenisowe itp./

Czy w miejscu wypoczynku funkcjonuje izolatka dla chorych?: TAK - NIE.

Bezpieczeństwo miejsca wypoczynku .....

Czy organizator korzysta z dofinansowania KO lub MEN: ~~TAK~~ - NIE.

**UWAGI O WYPOCZYNKU:**

.....  
.....  
.....

*7A 000 10 000  
12 000 1000 00000  
000 10000  
4*