



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:

**15 lutego 2022 r., telefonicznie**

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

.....  
.....

**Forma wypoczynku:**

..... *Zimowa* .....

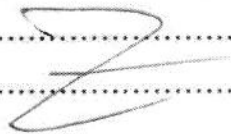
**Czas trwania kontrolowanego wypoczynku:**

..... *16 - 18.07.2022.* .....

*[Signature]*

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

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



Data i podpis przeprowadzającego kontrolę:..... 16.02.2021.....

Starszy Wizytator  
mgr inż. Maciej Osuch

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

16.02.2021

W przypadku odmowy podpisania protokołu kontroli przez organizatora wypoczynku/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 wypoczynku lub kierownik wypoczynku 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: 30, w tym liczba dzieci poniżej 10 roku życia: 30

Liczba grup: 2 Liczba uczestników w poszczególnych grupach  
15/15

Liczba uczestników niepełnosprawnych: 0

Liczba kart kwalifikacyjnych uczestników: 30

**Ocena wypełnionych kart uczestnika:**

- zgodność druku z wzorem opublikowanym w rozporządzeniu: TAK - NIE

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

NA BILDO

Uwagi: Brak

Rejestr wypadków : TAK-NIE

(liczba urazów, rodzaj wypadków) 0

**2. Pracownicy placówki wycieczki**

Liczba kierowników 1

Liczba wychowawców 2

Rodzaj opieki medycznej  
TLP - Pielęgniarka i psycholog z szpitala

Opieka ratownika na kąpielisku: TAK-NIE

Uwagi: NIE

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

Wychowawcy  
NAUCZYCIELKA + OPISOWA O MIASTO

Uwagi: NY

*[Handwritten signature]*

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

.....

#### 4. Dokumentacja wycieczki

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

Plan wycieczki, lista uczestników, plany kosztów, rozkład jazdy, plany noclegów, plany posiłków, plany ubezpieczenia, plany transportu, plany opieki medycznej, plany bezpieczeństwa, plany pomocy w nagłych przypadkach

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

Dzienniki zajęć, regulaminy, potwierdzenie zapoznania się z regulaminami uczestników

Zakresy obowiązków podpisane przez poszczególnych pracowników: TAK - NIE

Uwagi

.....

Kontrola wykonywania obowiązków przez pracowników:

NA podstawie, weryfikacja

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

Ubezpieczenie uczestników, nr polisy

#### 5. Organizacja wycieczki

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

Wyposażenie miejsca wycieczki - BOCAR (STAG 6000 x 1000)

Czy organizator zapewnił stacjonarną apteczkę medyczną?: TAK - NIE.



**Ocena realizacji programu:**

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

*NA MIAŁO, DŁUGO WYJAZDOWO*

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

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:**

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

*7 dni z 20 osobami  
NA dzień 20 osobami  
OSOBISTO*

*YC*

*2  
Kubi*