

Kuratorium Oświaty w Katowicach

Wydział/Delegatura ..... GLIWICE .....

### PROTOKÓŁ KONTROLI WYPOCZYNKU

Kontrola została przeprowadzona w oparciu o art. 92m ustawy z dnia 7 września 1991 r. o :  
oświaty (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz.1943 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra  
Narodowej z 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz. U. 2016 r. poz.452)

..... MACIEJ OSJON - WIARSKA UŻYTIKOWA .....

*/Imię i nazwisko kontrolującego – stanowisko służbowe /*

Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr OA-OR.057.2.329.2017 z dnia 4 LIPCA

Nazwa lub imię i nazwisko organizatora wypoczynku oraz jego adres siedziby lub adres zamieszka  
..... SZKOŁA PODSIĄDOLA N12 2, UL. GOŚDZIWOJA 2, 45-152 GLIWICE .....

Imię i nazwisko kierownika wypoczynku oraz jego adres zamieszkania

..... IWOŃA BURZYŃSKA .....

Numer zgłoszenia wypoczynku umieszczonego w bazie wypoczynku 19503/SLA/2017

Data rozpoczęcia kontroli 4 LIPCA 2017 ..... data zakończenia kontroli

..... 4 LIPCA 2017 .....

Miejsce kontroli SZKOŁA PODSIĄDOLA N12 2, UL. GOŚDZIWOJA 2, 45-152 GLIWICE

Zakres kontroli:

..... SIŁNIE WYKONANE WARUNKI REAGOWANIA NA WYPYCZYNEK .....

Opis ustalonego stanu faktycznego:

..... ZODJAZD 26 ZODJAZDOWYM .....

Kuratorium Oświaty w Katowicach

Wydział/Delegatura ..... GŁIŃICE .....

## PROTOKÓŁ KONTROLI WYPOCZYNKU

Kontrola została przeprowadzona w oparciu o art. 92m ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz.1943 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 30 marca 2016 r. w sprawie wycieczek dzieci i młodzieży (Dz. U. 2016 r. poz.452) przez:

..... MACIEJ OSJCH - WIARSLY WIZYTOR .....

*/Imię i nazwisko kontrolującego – stanowisko służbowe /*

Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr. OA-OR.057.2.329.2017 z dnia 4 lipca 2017r.

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

..... SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2, UL. GÓRDZIWOJA 2, 44-152 GŁIŃICE .....

Imię i nazwisko kierownika wycieczki oraz jego adres zamieszkania

..... IWOŃA BURZYŃSKA, UL. DOLNYCH WĄTÓW 512, 44-100 GŁIŃICE .....

Numer zgłoszenia wycieczki umieszczonego w bazie wycieczek ..... 19503/SLA/2017 .....

Data rozpoczęcia kontroli ..... 4 lipca 2017 ..... data zakończenia kontroli

..... 4 lipca 2017 .....

Miejsce kontroli. SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2, UL. GÓRDZIWOJA 2, 44-152 GŁIŃICE

Zakres kontroli:

..... STAN I WARUNKI REALIZACJI WYPOCZYNKU .....

Opis ustalonego stanu faktycznego:

..... 20.07.2017 r. 20.07.2017 r. .....

4 to

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: 30.05.2017 - TELEFON  
/data i sposób powiadomienia/

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

Forma wypoczynku:

PÓTKOLONIE

Czas trwania kontrolowanego wypoczynku:

26. Czerwca - 7. Lipca 2017 R

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

Łka

Starszy Wykładowca

Data i podpis przeprowadzającego kontrolę:

4 LIPCA 2012 mgr Graż. Mielisz Osadek

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

4.07.17 Iwona Burzyńska DYREKTOR SZKOŁY  
mgr Iwona Burzyńska

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

Szkoła Podstawowa Nr 2  
44-162 Gliwice; ul. Goździłowa 2  
NIP: 631-21-19-317  
tel./fax: 32 237 86 24

**Pouczenie:**

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

Informuję, że zgodnie z art.92m 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.

Protokół odebrany 4.07.17 Iwona Burzyńska

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

DYREKTOR SZKOŁY  
mgr Iwona Burzyńska

**1. Uczestnicy wycieczki**

Liczba uczestników: 30 w tym liczba dzieci poniżej 10 roku życia: 20

Liczba grup: 2 Liczba uczestników w poszczególnych grupach: GRUPA I - 15, GRUPA II - 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: ADNOTACJE RODZICÓW - TAK

ADNOTACJE ORGANIZATORA - TAK

Uwagi:

Rejestr wypadków : TAK - NIE

(liczba urazów, rodzaj wypadków)

**2. Pracownicy placówki wycieczki**

Liczba kierowników 1

Liczba wychowawców () 2

Rodzaj opieki medycznej NIE: PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MGD - PSC 66426  
Pl. 7 ASMIKU

Opieka ratownika na kąpielisku: TAK - NIE

Uwagi: NIE: PSC 7524

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

Handwritten signature

Wychowawcy NAJUCYCLIC SPZ

Uwagi

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

INOMA BUZZYNSKI, DZIEKOPR SPZ, NAJUCYCLIC

#### 4. Dokumentacja wycieczki

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

ZGODNA Z PRZEPISAMI

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

ZGODNA Z WYMAGANIAMIS

Zakresy obowiązków podpisane przez poszczególnych pracowników:  TAK -  NIE

Uwagi

Kontrola wykonywania obowiązków przez pracowników: NA DZIECIU - UPIĘK W DZIEKOPR SPZ

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

AXA TOUTRIZUC UNAPRUCW I REKREACJA SA NR 95001111

#### 5. Organizacja wycieczki

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

ZADOLACZAJĄCA

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

Ocena realizacji programu:

PROGRAM REKREACYJNY, REKREACJA PIKNOL

Ocena warunków wycieczki / dotyczy tylko wycieczki wyjazdowej /:

Pokoje

Pomieszczenia sanitarne

Stołówka

Świetlica

Kapielisko

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

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

Bezpieczeństwo miejsca wycieczki

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

UWAGI O WYCIECZCE:

*Handwritten signature*