

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 320/1218/NS/HD/2024**

Gólkowice, dnia 06.11.2024r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**funkcjonariusza publicznego:**

Tatianę Kordeczko, Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, numer upoważnienia 12/2024

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim

(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 (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 572).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

**Przedszkole Publiczne**  
**im. Przyjaciół Kubusia Puchatka**  
**w Gólkowicach**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)  
**ul. Piotrowicka 3A, 44-341 Gólkowice**  
**tel. 32 472 70 42**  
**e-mail: przedszkole@ppgolkowice.pl**

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Przedszkole Publiczne**  
**im. Przyjaciół Kubusia Puchatka**  
**w Gólkowicach**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)  
**ul. Piotrowicka 3A, 44-341 Gólkowice**  
**tel. 48 32 472 70 42**  
**e-mail: przedszkole@ppgolkowice.pl**  
**WYCHOWANIE PRZEDSZKOLNE**

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący: **Gmina Godów**

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

**ul. 1 Maja 53, 44-340 Godów**

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

4. NIP - **647 17 04 413**

**REGON - 276258730**

**PKD - 85.10.Z**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: **Maria Papierok - dyrektor**

(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: 06.11.2024r., godz. 12.40
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* - nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 06.11.2024r., godz. 14.40
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* - nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **Ocena stanu sanitarnego przedszkola**
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 i/lub obrazu\* - nie dotyczy
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów - nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
  - dokumentacja medyczna pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych,
  - certyfikaty na meble edukacyjne,
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* - nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli:
  - nr F/HDM/05 Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii.

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
Nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:  
W trakcie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz z informacji uzyskanych od dyrektora, w obecności którego przeprowadzono kontrolę ustalono, co następuje  
Liczba dzieci zapisanych do placówki w roku szkolnym 2024/2025 – 199 w 8 oddziałach.  
Dokonano oceny dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii, ocenie poddano 118 dzieci z 8 oddziałów.  
W wyniku oceny stwierdzono, że dzieci w przedszkolu korzystają z mebli dostosowanych do ich wzrostu, stoliki i krzesła są oznakowane zgodnie z PN, wszystkie stanowiska pracy posiadają w 100% certyfikaty, utrzymane są w dobrym stanie technicznym.  
Omówiono zasady prawidłowego dostosowania mebli do wzrostu dzieci. Zwrócono uwagę na to jak ważny jest dobór stanowiska pracy przedszkolaka, prawidłowe oznakowanie i zestawienie mebli edukacyjnych oraz odpowiednie ich dostosowanie do wzrostu.  
W placówce obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych, w widocznym miejscu umieszczone są odpowiednie oznakowania w formie pisemnej i graficznej, w dniu kontroli zakaz jest przestrzegany.
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 lit.....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/a 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

DYREKTOR  
 Przeszkola Publicznego  
  
 mgr Maria Papierok

Przeszkole Publiczne  
 im. Przyjaciół Kubusia Puchatka  
 w Gołkowicach  
 44-341 Gołkowice, ul. Piotrowicka 3A  
 woj. śląskie, tel. 32 4727042  
 NIP 6472180805 REGON 271511934

PSSE WODZISŁAW  
  
 mgr Tadeusz Jan...

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeń imienna/pieczeń podmiotu) (czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczenie imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 06.11.2024r.



Przeszkole Publiczne  
 im. Przyjaciół Kubusia Puchatka  
 w Gołkowicach  
 44-341 Gołkowice, ul. Piotrowicka 3A  
 woj. śląskie, tel. 32 4727042  
 NIP 6472180805 REGON 271511934

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim\*\*.

**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