

ANKIETA DOTYCZĄCA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH DZIECKA

(imię i nazwisko dziecka)

1. Czy Państwa dziecko je śniadanie/pije mleko przed przyjściem do żłobka/klubu?

TAK/NIE

2. Co Państwa dziecko je najczęściej na śniadanie?

MLEKO/JOGURT/KANAPKĘ/INNE: _____

3. Co Państwa dziecko je najczęściej na obiad? **MIĘSO/ZIEMNIAKI/ZUPY/ PYZY, KLUSKI/**

KASZĘ/ RYBY/ SUROWE WARZYWA/ GOTOWANE WARZYWA/ GOTOWE

SŁOICZKI/KASZKI NA MLEKU LUB WODZIE/INNE:

4. Czy Państwa dziecko chętnie je zupki na obiad? **TAK/NIE**

5. Ile głównych posiłków je Państwa dziecko w ciągu dnia?
- _____
- _____

6. Ile przekąsek między posiłkami je Państwa dziecko w ciągu dnia?
- _____
- _____

7. Jakie przekąski spożywa Państwa dziecko? **BISZKOPTY/ HERBATNIKI/ CHRUPKI
KUKURYDZIANE/ CZEKOLADĘ/ OWOCE/ CIASTO (NP. DROŻDŻÓWKĘ)/ INNE:**

8. Co Państwa dziecko pije w ciągu dnia? **HERBATE/ SOK/ WODE/ INNE:**

9. Jakie owoce i/lub warzywa Państwa dziecko jada najczęściej i czy są podawane w kawałkach

10. Czy macie Państwo stwierdzoną alergię u dziecka u lekarza specjalisty? **TAK/ NIE**

11. Na jakie produkty dziecko ma alergię?

12. Jakie są objawy alergii występującej u Państwa dziecka?

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna