

# 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*