



**ANKIETA DOTYCZĄCA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH DZIECKA**  
**PROJEKT: „OPIEKUN DZIENNY – ELASTYCZNE ROZWIĄZANIE”**  
**(Nr RPKP.08.04.03-04-0003/17)**

1. Czy Państwa dziecko je śniadanie/pije mleko przed przyjściem do Opiekuna Dziennego?  
**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?

.....  
.....

Osielsko , dn. ....

.....  
podpis rodzica