**ANKIETA DLA RODZICÓW DOTYCZĄCA NAWYKÓW**

**ŻYWIENIOWYCH DZIECKA**

**Drodzy Rodzice! Wypełniając ankietę proszę podkreślić właściwą odpowiedź i/lub uzupełnić**

**puste pole.**

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

TAK / NIE

2. Czy państwa dziecko pije mleko w ciągu dnia? Jeśli tak proszę podać godziny

TAK / NIE

……………………………………………………………………………………………………………………….

3. Co państwa dziecko je na śniadanie?

JOGURT/ KANAPKĘ/ INNE:

……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….…

4. Czy państwa dziecko chętnie je na obiad zupki?

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/ CIASTO(NP.

DROŻDŻÓWKĘ/ INNE:……………………………………………………………………………………………

8. Co Państwa dziecko pije w ciągu dnia?

HERBATĘ/ SOK/ WODĘ INNE:

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

10. Czy dziecko jest niejadkiem?

TAK /NIE

……………………………………………………………………………………………………………………….

11. Czy są produkty, potrawy , których dziecko nie lubi?

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

12. Czy macie państwo stwierdzoną alergię /uczulenie u dziecka od lekarza specjalisty?

TAK /NIE

13. Na jakie produkty dziecko ma alergię/ uczulenie?

…………………………………………………………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………………………….………

14. Jakie objawy alergii/uczulenia występują u Państwa dziecka?

……………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………….

13. Czy staracie się państwo ograniczać swojemu dziecku określone produkty, jeśli tak, to jakie to są produkty?

TAK /NIE

………………………………………………………………………………………………………………………

14. Czy dziecko ma jakieś rytuały, przyzwyczajenia przy jedzeniu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

15. Czy macie państwo jakieś sugestie dotyczące odżywiania dzieci w naszym żłobku?

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….…………