

**Gminny Żłobek w Żninie**

ANKIETA DOTYCZĄCA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH DZIECKA

Drodzy Rodzice!

Wypełniając ankietę proszę podkreślić właściwą odpowiedź i/lub uzupełnić wolne pole.

Z góry dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety.

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

TAK/NIE

1. Co Państwa dziecko je najczęściej na śniadanie?

MLEKO/JOGURT/KANAPKĘ/INNE:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….l…………

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

1. 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:

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

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

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

1. Czy Państwa dziecko chętnie je zupki na obiad?

TAK/NIE

1. Ile głównych posiłków je Państwa dziecko w ciągu dnia?

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

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

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

1. Ile przekąsek między posiłkami je Państwa dziecko w ciągu dnia?

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

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

1. Jakie przekąski spożywa Państwa dziecko?

BISZKOPTY/ HERBATNIKI/ CHRUPKI KUKURYDZIANE/ CZEKOLADĘ/ OWOCE/ CIASTO (NP. DROŻDŻÓWKĘ)/ INNE:

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

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

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

1. Co Państwa dziecko pije w ciągu dnia?

HERBATĘ/ SOK/ WODĘ/ INNE:

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

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

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

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

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

1. Czy macie Państwo stwierdzoną alergię/uczulenie u dziecka od lekarza specjalisty?

TAK/ NIE

1. Na jakie produkty dziecko ma alergię/uczulenie?

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

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

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

1. Jakie są objawy alergii/uczulenia występujące u Państwa dziecka?

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

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

1. Czy staracie się Państwo ograniczać swojemu dziecku określone produkty?

TAK/NIE

1. Jeśli tak, to jakie są to produkty?

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

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

1. Czy macie Państwo jakieś sugestie dotyczące odżywiania dzieci w naszym żłobku?

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

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

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

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

Dziękujemy bardzo!