



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3



ŻŁOBEK „CZAR DZIECI”
ul. Garbary 3 85-229 Bydgoszcz

ANKIETA DOTYCZĄCA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH DZIECKA:

.....

(IMIĘ I NAZWISKO 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 pójściem do żłobka?

TAK/NIE

2. Co Państwa dziecko je najczęściej na śniadanie?

MLEKO/JOGURT/KANAPKĘ/INNE:

.....
.....
.....

Projekt współfinansowany z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach programu „MALUCH”



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

3. Co Państwa dziecko je najczęściej na obiad?

MIĘSO/ ZIEMNIAKI/ ZUPY/ PYZY, KLUSKI/ KASZA/ 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/ OWOCE/WARZYWA INNE:

.....

.....

.....

8. Co Państwa dziecko pije w ciągu dnia?

WODĘ / SOK /HERBATĘ INNE:

.....

.....

9. Co Państwa dziecko pije do posiłków?

WODĘ / SOK /HERBATĘ INNE:



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

.....
.....
.....

11. Czy stosują Państwo dla swojego dziecka jakąś specjalną dietę?
TAK/ NIE

JEŚLI TAK TO JAKĄ?

.....
.....
.....
.....

12. Czy staracie się Państwo ograniczać swojemu dziecku określone produkty?
TAK/ NIE

JEŚLI TAK TO JAKIE?

.....
.....
.....

13. Czy Państwa dziecko jest na coś uczulone?
TAK/ NIE

JEŚLI TAK TO NA CO?

.....
.....
.....



14. Czy macie Państwo stwierdzoną alergię u dziecka u lekarza specjalisty?

TAK/ NIE

15. Jakie są objawy alergii występującej u Państwa dziecka?

.....
.....
.....

16. Czy Państwa dziecko je określone posiłki w stałych porach? Jeśli tak to w jakich?

.....
.....
.....
.....

17. W jaki sposób Państwa dziecko spożywa posiłki? Czy je samo, jeśli tak to czy posługuje się rączkami, łyżką, widelcem? Czy używa śliniaczka / fartuszka w czasie jedzenia? Czy jest karmione przez dorosłego? Itp.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Czy macie Państwo jakieś sugestie dotyczące odżywiania dzieci w naszym żłobku? (jeśli tak proszę wpisać jakie):

.....
.....
.....

Dziękujemy bardzo!

Projekt współfinansowany z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach programu „MALUCH”



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej