

ANKIETA ALERGII / NIETOLERANCJI POKARMOWYCH

Imię i nazwisko dziecka

Grupa do której uczęszcza dziecko.....

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna oraz adres zamieszkania numer telefonu ,pod którym zawsze można uzyskać kontakt :

.....

1. Alergie/nietolerancje pokarmowe (proszę postawić znak x przy alergenie)

| | |
|-----------------|-----|
| Orzeszki ziemne | [] |
| Migdały | [] |
| Ryby | [] |
| Skorupiaki | [] |
| Jajko | [] |
| Drożdże | [] |
| Pszenica | [] |
| Gluten | [] |
| Laktoza | [] |
| Mleko krowie | [] |
| Soja | [] |
| Ryż | [] |
| Truskawki | [] |
| Seler | [] |
| Jabłko | [] |
| Pomidor | [] |
| Marchew | [] |
| Kiwi | [] |

Inne :

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w poniższej ankiecie zawarłem/am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania bezpiecznego posiłku dla mojego dziecka , zgodnie ze stanem faktycznym zdrowia dziecka. Oświadczam , że moje dziecko posiada wiedzę na temat stosowanej u niego diety ,potrafi ją nazwać . Jednocześnie pouczyłam dziecko o konieczności zwracania się do wychowawcy z wszystkimi wątpliwościami dotyczącymi spożywanych produktów i potraw . Za produkty spożyte przez dziecko wbrew zaleceniom odpowiedzialność biorą rodzice / opiekunowie dziecka.

Miejscowość ,data oraz podpis rodzica/opiekuna