

## 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 .....