



## Ankieta dotycząca alergii/nietolerancji pokarmowych:

Imię i nazwisko :	Nazwa placówki opiekuńczej:
Wiek dziecka:	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna wypełniającego ankietę:	Numer telefonu kontaktowego oraz adres e-mail:

### Rodzaj alergii / nietolerancji pokarmowej:

- Alergia na orzeszki ziemne
- Alergia na białko mleka
- Alergia na ryby
- Alergia na skorupiaki
- Alergia na jaja
- Nietolerancja produktów zbożowych (glutenu)
- Nietolerancja mleka (laktozy)
- Alergia na owoce cytrusowe lub inne, proszę wymienić jakie (alergia dotyczy owoców surowych i/lub gotowanych)\* właściwe podkreślić

Inne (np. kakao, marchewka) :

---

### Czy dziecko przestrzega odpowiedniej diety uwzględniającej w.w. alergię/nietolerancję:

- tak, dieta dziecka podlega ścisłej kontroli
  - średnio, na ile jest to możliwe
  - ponieważ objawy alergiczne ustępują, dlatego dziecku stopniowo wprowadza się do żywienia produkty takie jak:
- 

Data wykrycia u dziecka alergii: \_\_\_\_\_

### Czy posiada Pan/i zaświadczenie lekarskie dotyczące alergii/ nietolerancji:

Tak  Nie

**W przypadku posiadania zaświadczenia lekarskiego prosimy podać jego kserokopię. Wskazany byłby Pana/i krótki opis alergii/nietolerancji dziecka uwzględniając zakres produktów zakazanych w żywieniu, jak również zaleceń dotyczących obróbki kulinarnej:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Data

Podpis rodzica/opiekuna

Zwracamy uwagę na konieczność uaktualniania powyższych informacji. Czas oczekiwania na dietę wynosi około 1 tydzień od telefonicznego kontaktu dietetyka TZ z rodzicem/opiekunem. Podczas układania diety nie uwzględniamy preferencji pokarmowych.

W razie pytań prosimy o kontakt z dietetykiem stołówek *Twoje Zdrowko*: tel. **797 704 983**;  
email: [o.kwiatkowska@twojezdrowko.pl](mailto:o.kwiatkowska@twojezdrowko.pl)