

# ANKIETA

Imię i nazwisko Dziecka .....  
Data urodzenia.....

**1.** Czy jest pod opieką specjalisty? Tak /Nie  
jeśli tak, to z jakiego powodu.....

**2.** Czy Dziecko zażywa jakieś leki na stałe Tak/Nie

**3.** Czy jest uczulone? Tak/ Nie  
jeśli tak, to na co.....

**4.** Jakie potrawy lubi szczególnie?  
.....

**5.** Jakich potraw **nie** lubi?  
.....

**6.**Usypia  
przed obiadem / po obiedzie  
samo / w obecności osoby dorosłej  
przyzwyczajenia, które ułatwiają dziecku zasypianie:  
nie śpi w ciągu dnia  
.....

**6.** Inne informacje, które chcieliby Państwo nam przekazać:  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, że informacje podane w Karcie są zgodne ze stanem faktycznym,

.....  
podpis Rodzica/Opiekuna