

Ankieta dotycząca alergii/nietolerancji pokarmowych

Imię i nazwisko dziecka:	Data urodzenia dziecka:
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna wypełniającego ankietę:	Numer telefonu kontaktowego:

Rodzaj alergii / nietolerancji pokarmowej:

- Alergia na orzeszki ziemne;
- Alergia na ryby;
- 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)

.....
 Inne
.....

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

- Tak, dieta dziecka podlega ścisłej kontroli
- Objawy alergiczne ustępują, dlatego dziecku stopniowo wprowadza się do żywienia produkty takie jak:

.....
Czy posiada Pani/Pan zaświadczenie lekarskie dotyczące alergii/nietolerancji:

- Tak
- Nie

W przypadku posiadania zaświadczenia lekarskiego proszę dołączyć kserokopię.

.....
Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna

* właściwie podkreślić