



**KALENDARZ ŻYWIENIOWY**

Proszę zanotować co syn/córka jadł przez 2 dowolnie wybrane dni (proszę podać faktycznie zjedzone produkty, bez ograniczeń). W miarę możliwości proszę wpisać wielkość posiłków.

**DZIEŃ 1**

Godzina	Nazwa posiłku	Składniki	Waga/miary domowe

**DZIEŃ 2**

<b>Godzina</b>	<b>Nazwa posiłku</b>	<b>Składniki</b>	<b>Waga/miary domowe</b>

**Program realizowany przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**



**Program finansowany z budżetu Miasta Wrocławia**