



HEALTH4EU kids

Zdrowie dzieci naszym priorytetem

Karta Zdrowej Rodziny



Wspólne działanie na rzecz wdrożenia najlepszych praktyk i wyników badań dotyczących Zdrowego Stylu Życia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób niezakaźnych i czynników ryzyka.

Numer projektu: 101082462

Nazwa projektu: Joint Action for the implementation of best practices and research results on Healthy Lifestyle for the health promotion and prevention of non-communicable diseases and risk factor

Skrót projektu: Health4EUkids

Czas trwania projektu: 01.12.2022 – 30.11.2025

























Ta karta należy do:

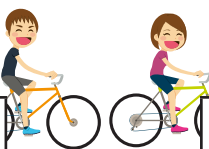
Wypełnijcie wspólnie Kartę Zdrowej Rodziny. Pola żółte wypełnia dziecko, pola niebieskie rodzice.






















Karta pomoże Wam wskazać sytuacje, w których radzicie sobie świetnie oraz obszary, w których można coś poprawić.

Podczas wizyt u specjalisty informacje zawarte w Karcie będą „ściągawką” przy zadawaniu różnych pytań o wszystkie nurtujące i ważne dla Was sprawy.

Nawyki ruchowe dziecka

Wypełnia dziecko. Zaznacz swoją odpowiedź!	Tak/Czasami/Nie
Ćwiczę tak, że brakuje mi tchu	  
Nasza rodzina ćwiczy razem	  
Mam przyjaciół, z którymi ćwiczę	  
Mam hobby związane z ćwiczeniami. Jakie?.....	  
Chodzę do szkoły pieszo lub jeżdżę na rowerze	  
Ćwiczę pomiędzy lekcjami w szkole	  
Wychowanie fizyczne w szkole to świetna zabawa	  
Po szkole bawię się i ćwiczę na świeżym powietrzu	  



Wypełnia dziecko. Zaznacz swoją odpowiedź!	Tak/Czasami/Nie
Rano budzę się wypoczęty	  
Wypełnia rodzic	Tak/Czasami/Nie
Moje dziecko otrzymuje ode mnie pochwały za ćwiczenia	  
Moje dziecko zostało nauczone bezpiecznego poruszania się w swoim otoczeniu	  
Moje dziecko ma odpowiednie ubranie i sprzęt do ćwiczeń	  
Moje dziecko ćwiczy co najmniej 2 godziny dziennie	  
Moje dziecko siedzi przed telewizorem lub komputerem lub gra w gry elektroniczne nie dłużej niż 2 godziny dziennie	  
Moje dziecko śpi co najmniej 9 godzin na dobę	  



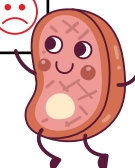
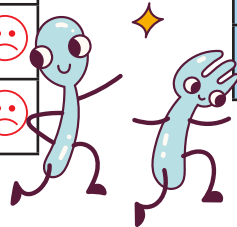
Nawyki żywieniowe dziecka



Wypełnia dziecko. Zaznacz swoją odpowiedź!	Tak/Czasami/Nie
Jem razem z rodziną	
Codziennie rano jem śniadanie	
Spożywam ciepły posiłek zgodnie ze wzorem „talerza zdrowego żywienia”	
Zjadam drugie śniadanie w szkole. Moja przekąska zawiera:	
Kilka razy dziennie jem warzywa i owoce	
W ciągu dnia piję głównie wodę	
Jem słodkie potrawy i desery nie częściej niż raz dziennie (np. budynie, słodkie soki, bułeczki)	
Jem fast foody nie częściej niż raz w tygodniu (np. hamburgery, pizza, frytki)	

Wypełnia dziecko. Zaznacz swoją odpowiedź!	Tak/Czasami/Nie
Pyszności jem nie częściej niż raz w tygodniu (np. słodczyce, chipsy, lemoniada)	
Myję zęby codziennie rano i wieczorem	

Wypełnia rodzic	Tak/Czasami/Nie
Moje dziecko codziennie otrzymuje w domu ciepły posiłek	
Wiem, co moje dziecko je w szkole i jako przekąskę po szkole	
W dni powszednie przekąski mojego dziecka nie obejmują słodkich smakołyków (budynie, lody, ciastka)	
Moje dziecko przyjmuje suplement witaminy D zgodnie z zaleceniami	



Nawyki ruchowe rodziców

Wypełnia rodzic	Mama Tak/Czasami/Nie	Tata Tak/Czasami/Nie
Staram się ćwiczyć codziennie		
Na co dzień żyję aktywnie (np. schody zamiast windy, prace w ogrodzie, aktywność w drodze do pracy - rower, spacer)		
Nasza rodzina ćwiczy razem		
Daję dobry przykład członkom mojej rodziny w zakresie codziennych aktywności ruchowych		
Ćwiczenia sprawiają, że czuję się dobrze		
Spędzam nie więcej niż 2 godziny dziennie wolnego czasu przed telewizorem lub komputerem		
Mam hobby związane z aktywnością fizyczną. Jakie?.....		
Ćwiczę w ciągu dnia pracy		

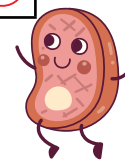
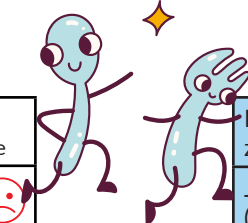


Angażuję dziecko do aktywnego spędzania czasu na rowerze lub pieszo		
Codziennie zajęcia naszej rodziny pozwalają wszystkim członkom na regularne ćwiczenia		
Albo: przez kilka dni w tygodniu ćwiczę do tego stopnia, że w sumie brakuje mi tchu (np. szybki marsz) co najmniej 2 godziny i 30 minut tygodniowo		
Lub: przez kilka dni w tygodniu ćwiczę do tego stopnia, że wyraźnie brakuje mi tchu (np. biegam), w sumie co najmniej 1 godzinę i 15 minut tygodniowo		
Przynajmniej dwa razy w tygodniu wykonuję ćwiczenia wzmacniające mięśnie		
Informacje o paleniu tytoniu		
W naszym domu obowiązuje zakaz palenia		
Daję dziecku przykład niepalącego stylu życia		



Nawyki żywieniowe rodziców

Wypełnia rodzic	Mama Tak/Czasami/Nie	Tata Tak/Czasami/Nie		Mama Tak/Czasami/Nie	Tata Tak/Czasami/Nie	
Nasza rodzina sprawdza/kontroluje ilości soli zawarte w żywności						
Nasza rodzina jada razem przy stole przynajmniej kilka razy w tygodniu						
Codziennie jem śniadanie i przynajmniej jeden główny posiłek						
Posiłek główny komponuję według wzoru „talerza zdrowego żywienia”						
Codziennie jem co najmniej 4 garści warzyw i owoców						
Codziennie jem pełnoziarniste pieczywo						
Codziennie spożywam mleko lub jego przetwory						
Wybieram głównie mleko i produkty mleczne chude lub półtłuste						
Jem ryby przynajmniej dwa razy w tygodniu						
Nasza rodzina sprawdza/kontroluje ilości soli zawarte w żywności						
Jem fast foody nie częściej niż raz w tygodniu (np. hamburgery, pizza, frytki)						
Słodycze, czekoladę, słodkie wypieki lub lody jem nie częściej niż raz dziennie						
Słodzone napoje gazowane i niegazowane, soki słodzone cukrem, napoje energetyzujące piję nie częściej niż dwa razy w tygodniu						
Alkohol piję z umiarem (mężczyźni 0-2, kobiety 0-1 porcji/dzień, nie codziennie) Kobiety w ciąży i karmiące piersią: Nie piję alkoholu						
Myję zęby codziennie rano i wieczorem						

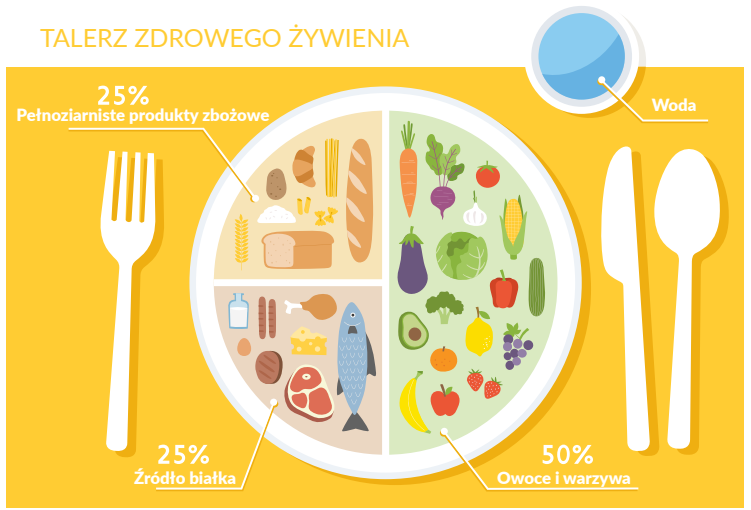


Data:

Z czego jesteś szczególnie zadowolony?

Co w szczególności chcesz poprawić?

O co chcesz zapytać pielęgniarkę/lekarza?



Talerz odzwierciedla proporcje produktów w posiłkach, ułatwiając zobrazowanie ich udziału w całodiennej diecie: ½ talerza warzyw i owoców, ¼ talerza pełnoziarnistych produktów zbożowych i ¼ talerza źródeł białka.

Z czego jesteś szczególnie zadowolony?

Data:

Co w szczególności chcesz poprawić?

O co chcesz zapytać pielęgniarkę/lekarza?

Z czego jesteś szczególnie zadowolony?

Data:

Co w szczególności chcesz poprawić?

O co chcesz zapytać pielęgniarkę/lekarza?



HEALTH 4 EU kids

Zdrowie dzieci naszym priorytetem



Dofinansowane przez
Unię Europejską



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach



Narodowy Fundusz Zdrowia