



FEEL SAFE



CARO DIARIO...ALIMENTARE

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

GIORNO	TIPO DI PASTO (colazione, pranzo, cena, spuntino)	ALIMENTI CONSUMATI	FRESCHEZZA DEL PRODOTTO (Fresco/Confezionato)	PROVENIENZA (Locale/Nazionale/Prodotto importato)	GRADO DI SODDISFAZIONE	NOTE
GIORNO 1						
GIORNO 2						
GIORNO 3						
GIORNO 4						
GIORNO 5						
GIORNO 6						
GIORNO 7						