

Name: _____

Date: _____

Body Parts

Q U A F I B N J D E P N T K K Q R
M U B E A V N D V X W Y R G Q W R
O Y V H K W N E W B E M E L M Y Q
U T K J G D Q E B F J A X S N Y D
T D Z M T H E T Z A R Y C E Q A I
H M E V N N E H Z K E A C G E Q B
W H V O K V L Q X C Y K W U A R M
P I S G W R B D H A E N S T L H Y
J E S D E M O M U B S Y S J Z R N
C V S S C M W N T A H E H T G G B
P S C Q L C C O D E H Z J W S P V
Q O G U W M O L A C H P Y U F R R
G H O I T F C D G O H A I R H E P
Z D K C H U C R B E H F C A G G T
J Z L U O M G H Q A L K N N M W G
A G V V J P S V V P S D I W Y H H
D Z K O L Y B J E Q W F K A M B X

finger elbow chest mouth hand neck

back knee foot nose eyes hair

head leg arm ear