

Name: _____ Date: _____

Cerebral Palsy

1. ELARBREC YALSP _____
2. NBAIR LASARIPYS _____
3. BRIAN _____
4. SSAITCP _____
5. ODTETHAI _____
6. CXTAAI _____
7. MXEID _____
8. ILMGOEAONP _____
9. DEIAUPRAQLIG _____
10. TIHORCOT EICESDV _____