

Name: _____

Disabilities

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

Cerebral palsy

Down syndrome

Sign language

Wheelchair

Blindness

Guide dog

Deafness

Braille

Autism

Ramp