

Name: _____

My Body

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

finger tooth mouth neck feet
hair nose Hand toe leg
arm ear EYE