

Name: _____

Date: _____

RICER

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

ELEVATION

HEALING

PASSIVE

OBSERVE

MOTION

ACTIVE

TOTAPS

APPLY

TOUCH

HEAT

PAIN

REST

TALK