

Name: _____

Date: _____

my body

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

mouth

hair

foot

nose

head

hand

eyes

ear

arm

leg