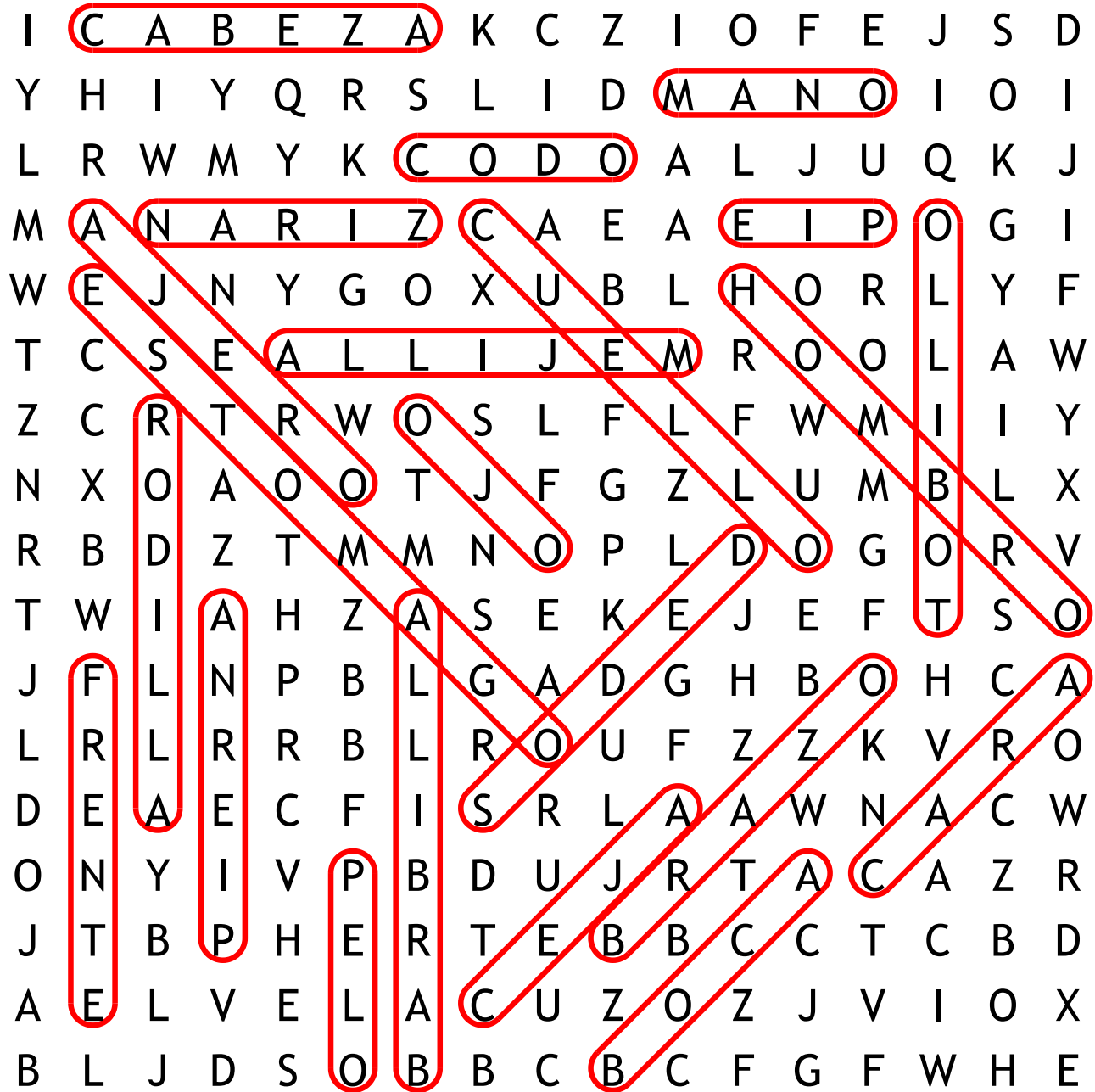


Name: _____

Date: _____

Las Partes del Cuerpo



Estomago

Barbilla

Tobillo

Rodilla

Mejilla

Pierna

Hombro

Cuello

Frente

Cabeza

Dedos

Brazo

Nariz

Oreja

Mano

Codo

Cara

Ceja

Boca

Pelo

Pie

Ojo