

Name: _____

Date: _____

My liggaam

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

vingers

hande

arms

bene

hare

mond

neus

tone

kop

oog

ore