

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