

Name: _____

Date: _____

Disabilities

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

Drug addiction

Memory loss

Asperger's

Depression

Deafness

Anxiety

Bipolar

Autism

Blind

ADHD

PTSD