

Name: _____

Date: _____

EYES

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

EYELASHES CONTACTS GLASSES CORNEA
EYELID HAZEL GREEN BROWN
PUPIL BLINK BLUE IRIS
EYE