

Name: _____

Date: _____

Healthy Teeth

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

TOOTHPASTE
CHECKUP
CAVITY
MOLAR
GUM

TOOTHBRUSH
FILLING
ENAMEL
SUGAR

BACTERIA
DENTIST
TONGUE
XRAY