

# LE CORPE



Name : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



Bouche  
Bras  
Cheveux  
Cheville  
Corps  
Cou

Coude  
Dent  
Dokit  
Dos  
Epaule  
Front

Genou  
Jambe  
Joue  
Langue  
Lèvres  
Main

Menton  
Nez  
Oeil  
Oreille  
Orteil  
Pied

Poitrine  
Sourcil  
Taille  
Talon  
Tete  
Ventre