

## Schreiben Sie!

das Ohr \* **das Ohr**

der Bauch \*

die Hand \*

der Finger \*

der Kopf \*

der Hals \*

das Bein \*

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

Datum: \_\_\_\_\_

**Schreiben Sie!**

das Ohr \*

der Bauch \*

die Hand \*

der Finger \*