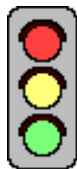


Bestimme den Artikel (Begleiter)!



das = rot

der = gelb

die = grün



Auge



Mund



Nase



Gesicht



Wange



Ohr



Wimper



Kopf



Brust



Po



Schulter



Zahn



Ellenbogen



Arm



Knie



Stirn



Fuß



Haar



Bauch



Kinn



Zunge



Hals



Hand



Rücken



Augenbraue



Kiefer

LÖSUNG:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Auge | <input checked="" type="checkbox"/> Arm |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mund | <input checked="" type="checkbox"/> Knie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nase | <input checked="" type="checkbox"/> Stirn |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesicht | <input checked="" type="checkbox"/> Fuß |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wange | <input checked="" type="checkbox"/> Haar |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ohr | <input checked="" type="checkbox"/> Bauch |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wimper | <input checked="" type="checkbox"/> Kinn |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kopf | <input checked="" type="checkbox"/> Zunge |
| <input checked="" type="checkbox"/> Brust | <input checked="" type="checkbox"/> Hals |
| <input checked="" type="checkbox"/> Po | <input checked="" type="checkbox"/> Hand |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schulter | <input checked="" type="checkbox"/> Rücken |
| <input checked="" type="checkbox"/> Zahn | <input checked="" type="checkbox"/> Augenbraue |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ellenbogen | <input checked="" type="checkbox"/> Kiefer |