

HIGIENA



CZY WYKONUJESZ DANĄ CZYNNOŚĆ?

- Spójrz na rysunki,
- Podnieś rękę, jeśli wykonujesz daną czynność.



MYCIE RĄK

MYCIE ZĘBÓW





**DBANIE O
CZYSTOŚĆ UBRAŃ**

KAPIEL





**CZESANIE
WŁOSÓW**

WYCIERANIE NOSA



**Pamiętaj aby
codziennie dbać o
higienę!**

