

Name: _____ Date: _____

Vaccinate!

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

- Vaccine
- Alcohol Pad
- Band Aid
- Syringe
- Nurse
- Varicella
- Pertussis
- Diphtheria
- Tetanus
- Rotavirus
- Polio
- Pneumococcal
- Meningococcal
- Rubella
- Mumps
- Measles
- Influenza
- Hepatitis
- Haemophilus
- COVID

