

La mia Carta d'identità corporea

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Altezza _____ Peso _____

Caratteristiche dei capelli:

Colore _____ tipo (lisci, ricci, mossi) _____ Lunghezza

Forma della faccia _____

Forma del naso _____

Colore degli occhi _____

Numero di scarpe _____ Taglie dei vestiti _____

Colore della pelle _____

Segni particolari _____



Io SONO

☐ grasso/a

☐ magro/a

☐ alto/a

☐ basso/a

☐ pesante

☐ leggero/a

☐ forte

☐ non molto forte

☐ veloce

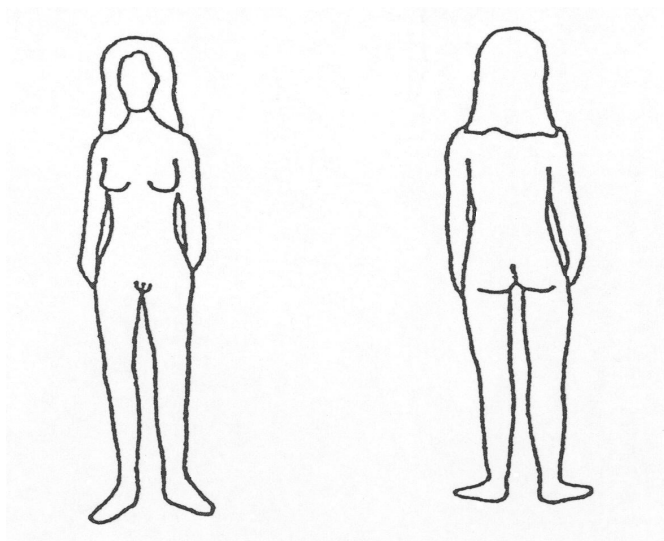
☐ non molto veloce

☐ agile

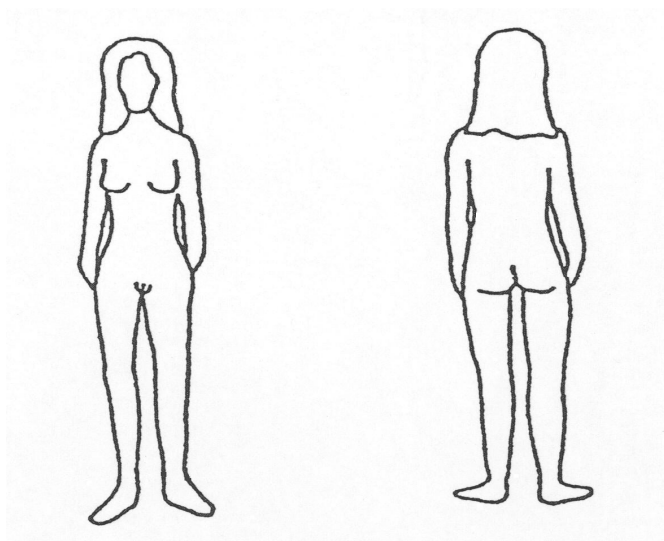
☐ non agile

	Mi piace	Non mi piace	Indifferente
CAPELLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCHI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOCCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORECCHIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRACCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TORACE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADDOME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCHIENA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PELI DEL PUBE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PELURIA DEL CORPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANI GENIT. ESTERNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GAMBE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIEDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Colora nelle sagome sottostanti le parti del tuo corpo che ti piacciono di più.

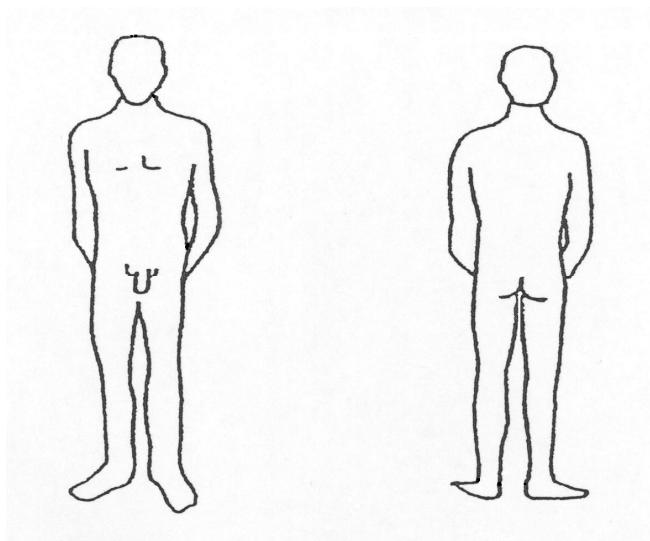


Colora nelle sagome sottostanti le parti del tuo corpo che ti piacciono di meno.

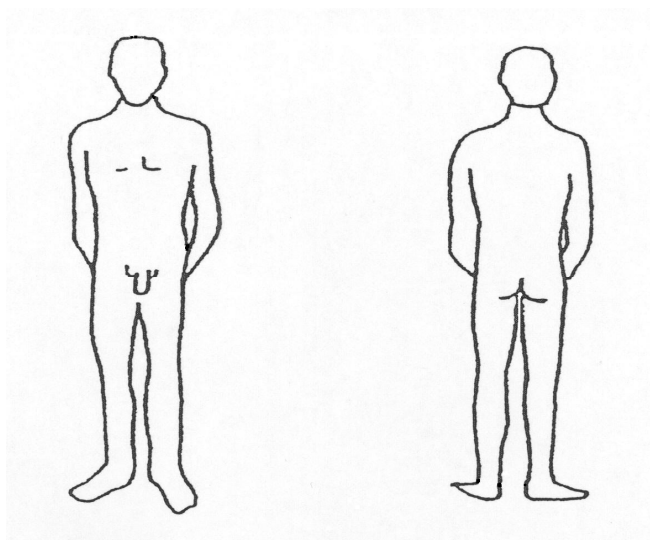


Perché ti piacciono di meno, o non ti piacciono, le parti del tuo corpo che hai appena colorato?

Colora nelle sagome sottostanti le parti del tuo corpo che ti piacciono di più.



Colora nelle sagome sottostanti le parti del tuo corpo che ti piacciono di meno.



Perché ti piacciono di meno, o non ti piacciono, le parti del tuo corpo che hai appena colorato?
