

Antwortbogen Modul Lesen (Teil 1-5)



Zertifikat B1

Lesen



Nachname, Vorname _____ PS A Erw.
 B Jug.

Institution, Ort _____ Geburtsdatum . . PTN-Nr.

Teil 1

1	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Richtig	Falsch
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2

7	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Markieren Sie so:

NICHT so:

Füllen Sie zur Korrektur das Feld aus:

Markieren Sie das richtige Feld neu:

Teil 3

13	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 4

20	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 5

27	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	a	b	c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkte Teile 1 bis 5 / **30**

Gesamtergebnis: / **100**
 (nach Umrechnung)

Unterschrift Bewertende/r 1 _____ Unterschrift Bewertende/r 2 _____ Datum . .

