



ATSAKYMŲ LAPAS

Kandidato identifikavimo kodas

Informacija iš vykdymo protokolo:

Grupė , vieta (eilės numeris protokole)

Kandidato parašas

Pasirašydamas patvirtinu, kad šis atsakymų lapas yra mano ir kad užduotis atlikau savarankiškai (t. y. be pagalbos)

Atsakymus į klausimus su pasirenkamaisiais atsakymais žymėkite taip:

Jei suklysite pasirinkdami atsakymą, taisyti galėsite tam skirtose vietose „Taisykite čia“. Parašykite taisomo klausimo numerį (pvz., 05) ir pažymėkite kitą pasirinktą atsakymą. Anksčiau pasirinkto atsakymo neužbraukite. **Būkite atidūs!**

I. HÖRVERSTEHEN

Teil 1

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 01. A <input type="checkbox"/> | 02. A <input type="checkbox"/> | 03. A <input type="checkbox"/> | 04. A <input type="checkbox"/> | 05. A <input type="checkbox"/> |
| B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |
| 06. A <input type="checkbox"/> | 07. A <input type="checkbox"/> | 08. A <input type="checkbox"/> | 09. A <input type="checkbox"/> | 10. A <input type="checkbox"/> |
| B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |

Taisykite čia:

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Kl. nr. A <input type="checkbox"/> | Kl. nr. A <input type="checkbox"/> | Kl. nr. A <input type="checkbox"/> | Kl. nr. A <input type="checkbox"/> | Kl. nr. A <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> |
| C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |

Teil 2

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 11. A <input type="checkbox"/> | 12. A <input type="checkbox"/> | 13. A <input type="checkbox"/> | 14. A <input type="checkbox"/> |
| B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |
| C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |

Taisykite čia:

- | | |
|--|--|
| Kl. nr. A <input type="checkbox"/> | Kl. nr. A <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="checkbox"/> |
| C <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> |

Wörterzahl: _____

Teil 3

- | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | B | C | D | E | F | G |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Taisykite čia:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kl. nr. | B | C | D | E | F | G |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kl. nr. | B | C | D | E | F | G |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teil 4

- | | |
|-----|----------------------|
| 20. | <input type="text"/> |
| 21. | <input type="text"/> |
| 22. | <input type="text"/> |
| 23. | <input type="text"/> |
| 24. | <input type="text"/> |
| 25. | <input type="text"/> |

II. LESEVERSTEHEN

Teil 1

- | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | B | C | D | E | F |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Taisykite čia:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kl. nr. | B | C | D | E | F |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kl. nr. | B | C | D | E | F |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teil 2

- | | |
|-----|----------------------|
| 30. | <input type="text"/> |
| 31. | <input type="text"/> |
| 32. | <input type="text"/> |
| 33. | <input type="text"/> |
| 34. | <input type="text"/> |
| 35. | <input type="text"/> |

Teil 3

- | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 36. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Taisykite čia:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kl. nr. | B | C | D | E | F | G | H | I |
| <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"/> |
| Kl. nr. | B | C | D | E | F | G | H | I |
| <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"/> |
| Kl. nr. | B | C | D | E | F | G | H | I |
| <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"/> |

III. SCHRIFTLICHER AUSDRUCK

Teil 1

Handwriting practice area with horizontal lines. At the bottom right, it says: *Wörterzahl: _____*

Teil 4

- | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|
| 43. | <input type="text"/> | 47. | <input type="text"/> |
| 44. | <input type="text"/> | 48. | <input type="text"/> |
| 45. | <input type="text"/> | 49. | <input type="text"/> |
| 46. | <input type="text"/> | 50. | <input type="text"/> |

Teil 2

Handwriting practice area with horizontal lines.