

Name: _____

😊 leicht ☐

Datum: _____

☹️ schwer ☐

1. Silben hören

1.1 Welche Silben hören Sie?



1.08

	Last	<input type="checkbox"/>
	sor	<input type="checkbox"/>
	Wa	<input type="checkbox"/>
	Fo	<input type="checkbox"/>
	Pa	<input type="checkbox"/>