

Name: _____

😊 leicht ☐

Datum: _____






☹ schwer ☐

1. Silben hören

1.1 Welche Silben hören Sie?



4.08

	ein	<input type="checkbox"/>
	Ge	<input type="checkbox"/>
	Zah	<input type="checkbox"/>
	Dis	<input type="checkbox"/>
	Feh	<input type="checkbox"/>