

Name: \_\_\_\_\_

😊 leicht ☐


Datum: \_\_\_\_\_

😞 schwer ☐

### 1.3 Welche Silben hören Sie?



4.10

1		in	<input type="checkbox"/>	ein	<input type="checkbox"/>
2		Zah	<input type="checkbox"/>	Zar	<input type="checkbox"/>
3		bi	<input type="checkbox"/>	be	<input type="checkbox"/>
4		Ge	<input type="checkbox"/>	Pe	<input type="checkbox"/>
5		Weh	<input type="checkbox"/>	Feh	<input type="checkbox"/>