

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



leicht ☐

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



schwer ☐

### 1.3 Hören Sie die Texte! Wie oft hören Sie Ihr, Ihre, Ihren?



2.16

1.	Ich höre Ihr	<input type="checkbox"/>	mal.
	Ich höre Ihre	<input type="checkbox"/>	mal.
	Ich höre Ihren	<input type="checkbox"/>	mal.

2.	Ich höre Ihr	<input type="checkbox"/>	mal.
	Ich höre Ihre	<input type="checkbox"/>	mal.
	Ich höre Ihren	<input type="checkbox"/>	mal.