

Lerntypentest / Antwortbogen

Name: _____

Datum: _____



LESEN

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____
- 7.) _____
- 8.) _____
- 9.) _____
- 10.) _____



HÖREN

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____
- 7.) _____
- 8.) _____
- 9.) _____
- 10.) _____



SEHEN

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____
- 7.) _____
- 8.) _____
- 9.) _____
- 10.) _____



ERTASTEN

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____
- 7.) _____
- 8.) _____
- 9.) _____
- 10.) _____



ABSCHREIBEN

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____
- 7.) _____
- 8.) _____
- 9.) _____
- 10.) _____