



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen <input type="checkbox"/>	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature: [Redacted]

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 21 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 02 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 22 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 03 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 23 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 04 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 24 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 05 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 25 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 06 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 26 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 07 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 27 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 08 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 28 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 09 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 29 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 10 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 30 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 11 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 31 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 12 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 32 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 13 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 33 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 14 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 34 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 15 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 35 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 16 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 36 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 17 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 37 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 18 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 38 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 19 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 39 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 20 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 40 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:



SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 21 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 02 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 22 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 03 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 23 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 04 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 24 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 05 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 25 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 06 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 26 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 07 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 27 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 08 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 28 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 09 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 29 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 10 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 30 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 11 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 31 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 12 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 32 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 13 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 33 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 14 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 34 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 15 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 35 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 16 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 36 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 17 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 37 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 18 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 38 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 19 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 39 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |
| 20 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e | 40 | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> | e |

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen <input type="checkbox"/>	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:



SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		



Prof./Ens. XXX
Examen de XXX - Section XX
Date - durée: XhYYm

Nom :

Signature:

SCIPER : _ _ _ _ _

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	9

- 01 a b c d e
- 02 a b c d e
- 03 a b c d e
- 04 a b c d e
- 05 a b c d e
- 06 a b c d e
- 07 a b c d e
- 08 a b c d e
- 09 a b c d e
- 10 a b c d e
- 11 a b c d e
- 12 a b c d e
- 13 a b c d e
- 14 a b c d e
- 15 a b c d e
- 16 a b c d e
- 17 a b c d e
- 18 a b c d e
- 19 a b c d e
- 20 a b c d e

- 21 a b c d e
- 22 a b c d e
- 23 a b c d e
- 24 a b c d e
- 25 a b c d e
- 26 a b c d e
- 27 a b c d e
- 28 a b c d e
- 29 a b c d e
- 30 a b c d e
- 31 a b c d e
- 32 a b c d e
- 33 a b c d e
- 34 a b c d e
- 35 a b c d e
- 36 a b c d e
- 37 a b c d e
- 38 a b c d e
- 39 a b c d e
- 40 a b c d e

Respectez les consignes suivantes Observe this guidelines Beachten Sie bitte die unten stehenden Richtlinien		
choisir une réponse select an answer Antwort auswählen	ne PAS choisir une réponse NOT select an answer NICHT Antwort auswählen	Corriger une réponse Correct an answer Antwort korrigieren
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ce qu'il ne faut PAS faire what should NOT be done was man NICHT tun sollte		
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		