

Theoretische Prüfung

Antwortblatt (Staplerführer)

Name: _____

Datum: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____

Firma: _____



Richtige Antwort ankreuzen z.B.

Max. 14 Fehler zulässig

1	2	3	4	5	6	7	8
a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>
b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
c <input type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>		c <input type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>		c <input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15	16
a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>
b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>
17	18	19	20	21	22	23	24
a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>
b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
c <input checked="" type="checkbox"/>		c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	
25	26	27	28	29	30	31	32
a <input type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input checked="" type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>
b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>	c <input checked="" type="checkbox"/>
33	34	35					
a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>					
b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/>					
	c <input type="checkbox"/>						