

Заполнять гелевой или капиллярной ручкой ЧЕРНЫМИ чернилами ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ по образцам:

А Б В Г Д Е Ё Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Щ Ъ Ы Ь Э Ю Я 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ,

Предмет: Р Я

Номер варианта

КОД ОУ

Класс

Дата: 0 2 . 0 6 . 1 1



Фамилия

Имя

Отчество

Серия

Номер

Подпись участника тестирования

Документ

С правилами тестирования ознакомлен и согласен.

Ответы на задания

Номер задания:

1 2 3 4

A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Номер задания:

1 2 3 4

A4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Образец написания метки



B1
B2
B3
B4
B5
B6
B7

B8
B9
B10
B11
B12
B13
B14

Замена ошибочных ответов

A	1	2	3	4	A	1	2	3	4	A	1	2	3	4	A	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Номер задания

B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	





Предмет: Р Я

Номер варианта

--	--	--	--

Дата: 0 2 . 0 6 . 1 1



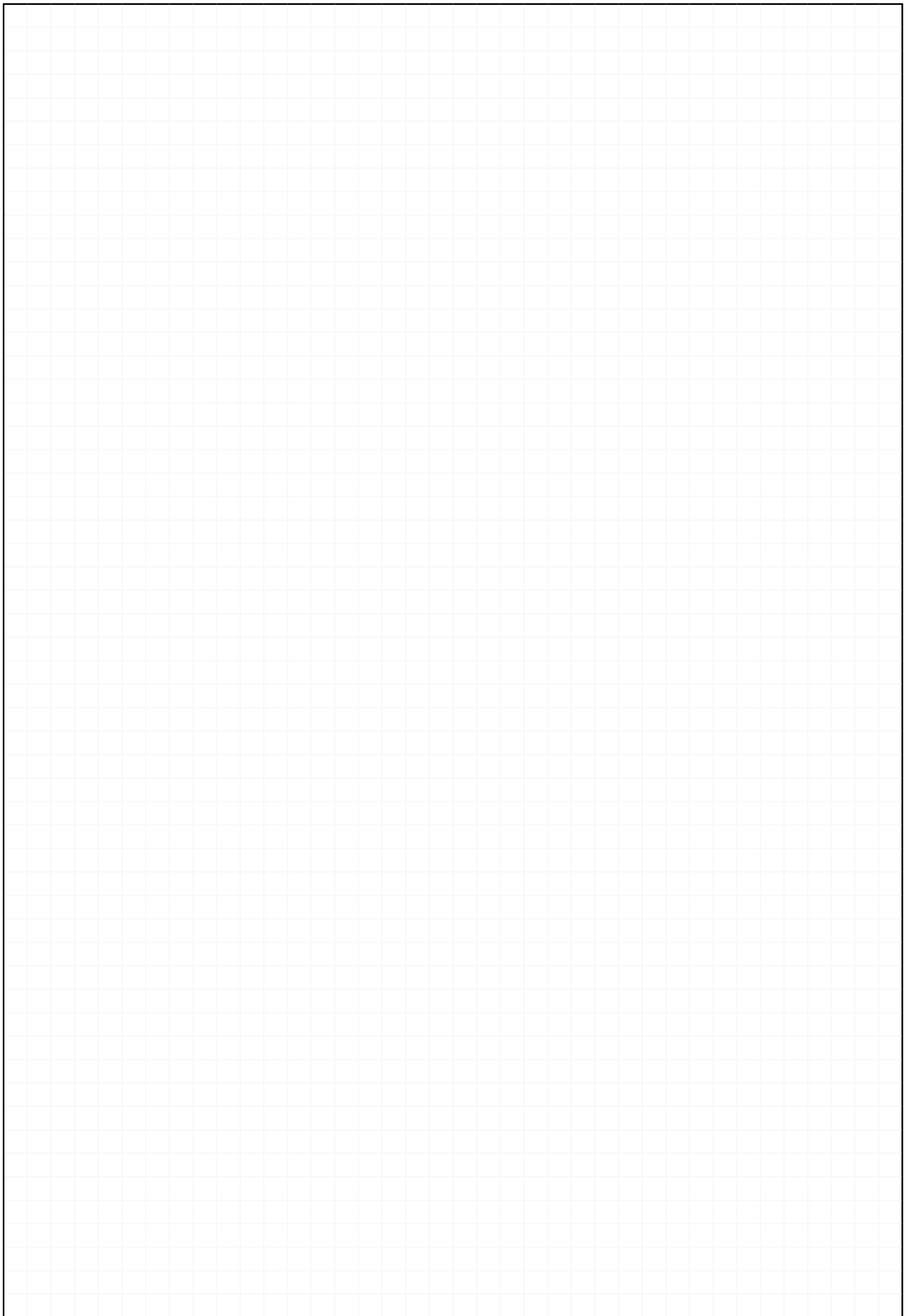
Код бланка регистрации:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Лист №:

1

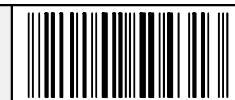
--





Предмет: Р Я

Номер варианта



Дата: 0 2 . 0 6 . 1 1

Код бланка регистрации:

Лист №:

2

