

FORMULARIO DE RESPUESTAS. VOLVER A EMPEZAR

NOMBRE:		FECHA:	
CURSO:		GRUPO:	

	OPCIONES. MARCAR CON X				RESULTADO	
PREGUNTA	A	B	C	D	ACIERTO (SI/NO)	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

	Nº PREG. ALCANZADO	Nº REINICIOS
RESULTADO FINAL		