

Examen-centrum:

Lokatie:

Datum examen:

Examenvorm: Schriftelijk Voorleesexamen (alleen voor VCA Basis)

Nummer kandidaat:

Achternaam:

Voornaam of voorletters:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Fouten:

Score:

**Let op! Alleen invullen met een zwart potlood, verbeter door het foute antwoord goed uit te gummen.
Slechts 1 antwoord is juist!**

	A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C
1		<input type="checkbox"/>		21			<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>			61		<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	22			<input type="checkbox"/>	42		<input type="checkbox"/>		62		<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>			23	<input type="checkbox"/>			43		<input type="checkbox"/>		63		<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>			24	<input type="checkbox"/>			44	<input type="checkbox"/>			64	<input type="checkbox"/>		
5		<input type="checkbox"/>		25		<input type="checkbox"/>		45		<input type="checkbox"/>		65			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	26			<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>			66		<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>			27			<input type="checkbox"/>	47			<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>		
8		<input type="checkbox"/>		28			<input type="checkbox"/>	48		<input type="checkbox"/>		68			<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>			29			<input type="checkbox"/>	49		<input type="checkbox"/>		69		<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>		30		<input type="checkbox"/>		50	<input type="checkbox"/>			70		<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>		31		<input type="checkbox"/>		51			<input type="checkbox"/>				
12		<input type="checkbox"/>		32		<input type="checkbox"/>		52			<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>			33	<input type="checkbox"/>			53			<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>			34	<input type="checkbox"/>			54			<input type="checkbox"/>				
15		<input type="checkbox"/>		35		<input type="checkbox"/>		55	<input type="checkbox"/>						
16			<input type="checkbox"/>	36			<input type="checkbox"/>	56			<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>			37	<input type="checkbox"/>			57			<input type="checkbox"/>				
18		<input type="checkbox"/>		38			<input type="checkbox"/>	58		<input type="checkbox"/>					
19			<input type="checkbox"/>	39		<input type="checkbox"/>		59	<input type="checkbox"/>						
20			<input type="checkbox"/>	40		<input type="checkbox"/>		60	<input type="checkbox"/>						