

Name: _____

Datum: _____

Wo hören Sie U im Anlaut?

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| <input type="text" value="U"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="/"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wo hören Sie V im Anlaut?

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wo hören Sie V wie W im Anlaut?

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wo hören Sie W im Anlaut?

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wo hören Sie X im Anlaut?

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |