

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
1	<input type="checkbox"/>			21			<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	22			<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>			23			<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>			24	<input type="checkbox"/>		
5			<input type="checkbox"/>	25			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>			27			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	28			<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	29		<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	30			<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	31		<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>			32		<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>			33			<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>		34	<input type="checkbox"/>		
15		<input type="checkbox"/>		35		<input type="checkbox"/>	
16			<input type="checkbox"/>	36			<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>			37		<input type="checkbox"/>	
18			<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>		
19	<input type="checkbox"/>			39			<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>		40	<input type="checkbox"/>		