

**Candidate's number**

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

**Date**

day	month	year
1	3	1 1 2024
0	0	0 0 2023
1	1	2024
2	2	2025
3	3	2026
4	4	2027
5	5	2028
6	6	2029
7	7	2030
8	8	2031
9	9	2032

**IMPORTANTE**

USE LÁPIZ DEL No. 2 

- Ponga marcas oscuras
- Ejemplo: 0 1 2 3 4
- Rellene completamente los rectángulos
- Borre completamente para cambiar marcas

**Candidate's details**

Respuestas del Examen Muestra

Father's surname \_\_\_\_\_ Mother's surname \_\_\_\_\_

First name \_\_\_\_\_ Middle name \_\_\_\_\_

**EXAVER 2**  
Answer Sheet

**ANCHOR**

1	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
3	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
4	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
5	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
6	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
7	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
8	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
9	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
10	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

**PAPER ONE**

**Part 1**

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

**Part 2**

5	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
6	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
7	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
8	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/>

**Part 3**

9	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
10	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
12	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
14	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> D

**Part 4**

15	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
17	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
19	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
21	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
22	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

**Part 5**

23	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
24	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
25	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
27	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
28	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
29	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
30	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

**Part 6**

31	of	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
32	until	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
33	on	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
34	down	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
35	what	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
36	been	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
37	had / ever	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
38	like	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
39	be	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
40	rather	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

**PAPER TWO**

**Part 1**

1	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
5	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

**Part 2**

6	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
7	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
8	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
9	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
10	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C

**Part 3**

11	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
12	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
13	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C
15	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

**Part 4**

17	upstairs	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
18	39.40	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
19	card / credit	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
20	Elijah	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
21	8:50	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

**PAPER THREE - Do not mark here**

<b>Interlocutor's number</b>	<b>Examiner's number</b>
0 0 0 0 0	0 0 0 0 0
1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
2 2 2 2 2	2 2 2 2 2
3 3 3 3 3	3 3 3 3 3
4 4 4 4 4	4 4 4 4 4
5 5 5 5 5	5 5 5 5 5
6 6 6 6 6	6 6 6 6 6
7 7 7 7 7	7 7 7 7 7
8 8 8 8 8	8 8 8 8 8
9 9 9 9 9	9 9 9 9 9

Fill this box in case the candidate did not take Paper Three.

**Interlocutor only**

Global Mark 1 2 3 4

**Examiner only**

Pronunciation 1 2 3 4

Vocabulary Range 1 2 3 4

Grammatical Accuracy 1 2 3 4

Effectiveness in Communication 1 2 3 4