



IELTS Reading Answer Sheet

Candidate Name

Candidate No. Centre No.

Test Module ☐ Academic ☐ General Training Test Date Day Month Year

Reading Reading Reading Reading Reading Reading Reading

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

Marker 2 Signature: Marker 1 Signature: Reading Total:

