

Mock 3 Verbal Reasoning – Answer Sheet

Candidate's Name:

DATE OF TEST

Day

Month

Year

School Name:

DATE OF BIRTH

Day

Month

Year

Please mark the boxes with a thin horizontal line like this . Rub out mistakes thoroughly.

Examples and Practice Questions

A	Example	1	Practice	2	Practice
A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
B	<input checked="" type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>

B	Example	3	Practice	4	Practice
A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
C	<input checked="" type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>

C	Example	5	Practice	6	Practice
A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
C	<input checked="" type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>

D	Example	7	Practice	8	Practice
A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
C	<input checked="" type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>

Test Questions

1	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

2	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

3	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

4	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

5	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

6	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

7	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

8	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

9	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

10	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

11	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

12	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

13	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

14	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

15	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

16	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

17	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

18	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

19	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

20	A	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	Y	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/>

21	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

22	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

23	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

24	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

25	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

26	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

27	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

28	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

29	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

30	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

31	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>

32	A	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>
	C	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>