

Palabras más frecuentes

KINDER

1 yo <input type="checkbox"/>	2 gusta <input type="checkbox"/>	3 la <input type="checkbox"/>	4 el <input type="checkbox"/>	5 y <input type="checkbox"/>
6 rojo <input type="checkbox"/>	7 amarillo <input type="checkbox"/>	8 verde <input type="checkbox"/>	9 azul <input type="checkbox"/>	10 negro <input type="checkbox"/>
11 anaranjado <input type="checkbox"/>	12 veo <input type="checkbox"/>	13 nosotros <input type="checkbox"/>	14 un <input type="checkbox"/>	15 una <input type="checkbox"/>
16 a <input type="checkbox"/>	17 vente <input type="checkbox"/>	18 conmigo <input type="checkbox"/>	19 con <input type="checkbox"/>	20 mi <input type="checkbox"/>
21 tu <input type="checkbox"/>	22 qué <input type="checkbox"/>	23 ahora <input type="checkbox"/>	24 quedan <input type="checkbox"/>	25 son <input type="checkbox"/>
26 cómo <input type="checkbox"/>	27 los <input type="checkbox"/>	28 las <input type="checkbox"/>	29 este <input type="checkbox"/>	30 esta <input type="checkbox"/>
31 en <input type="checkbox"/>	32 ser <input type="checkbox"/>	33 van <input type="checkbox"/>	34 para <input type="checkbox"/>	35 jugar <input type="checkbox"/>
36 hacer <input type="checkbox"/>	37 bien <input type="checkbox"/>	38 dijo <input type="checkbox"/>	39 ella <input type="checkbox"/>	40 todos <input type="checkbox"/>
41 no <input type="checkbox"/>	42 el <input type="checkbox"/>	43 tengo <input type="checkbox"/>	44 tomar <input type="checkbox"/>	45 abajo <input type="checkbox"/>
46 ayudar <input type="checkbox"/>	47 día <input type="checkbox"/>	48 mira <input type="checkbox"/>	49 de <input type="checkbox"/>	50 llevar <input type="checkbox"/>

Nombre _____ Fecha _____

Correctas

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

Palabras más frecuentes

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>

Nombre _____ Fecha _____

Correctas

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