

Name: _____

Datum: _____

Ich beobachte das Wetter

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Bewölkung 							
Niederschlag   							
Temperatur (in Grad Celsius) 							
Wind 	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind	☐ kein Wind ☐ leichter Wind ☐ starker Wind