



Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

### 1. Passé Composé

I. Quel est la formule du Passé composé ?

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	+	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	+	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
--	---	--	---	--

II. Choisis l'option correcte.

- |   |                                  |                                  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
|---|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <p>1. Il ____ parlé</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> ont</td><td>C <input type="checkbox"/> avez</td><td>E <input type="checkbox"/> a</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> ai</td><td>D <input type="checkbox"/> avons</td><td>F <input type="checkbox"/> as</td></tr></table> <p>2. Ils ____ regardé un film</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> ont</td><td>C <input type="checkbox"/> avez</td><td>E <input type="checkbox"/> as</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> a</td><td>D <input type="checkbox"/> ai</td><td>F <input type="checkbox"/> avons</td></tr></table> <p>3. Nous ____ joué au football</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> a</td><td>C <input type="checkbox"/> avons</td><td>E <input type="checkbox"/> ont</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> as</td><td>D <input type="checkbox"/> ai</td><td>F <input type="checkbox"/> avez</td></tr></table> <p>4. J'____ adoré la salade</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> avez</td><td>C <input type="checkbox"/> avons</td><td>E <input type="checkbox"/> a</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> ont</td><td>D <input type="checkbox"/> ai</td><td>F <input type="checkbox"/> as</td></tr></table> <p>5. Tu ____ mangé du fromage</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> avez</td><td>C <input type="checkbox"/> a</td><td>E <input type="checkbox"/> ont</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> as</td><td>D <input type="checkbox"/> avons</td><td>F <input type="checkbox"/> ai</td></tr></table> | A <input type="checkbox"/> ont   | C <input type="checkbox"/> avez  | E <input type="checkbox"/> a | B <input type="checkbox"/> ai | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> as | A <input type="checkbox"/> ont | C <input type="checkbox"/> avez | E <input type="checkbox"/> as | B <input type="checkbox"/> a | D <input type="checkbox"/> ai | F <input type="checkbox"/> avons | A <input type="checkbox"/> a | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> ont | B <input type="checkbox"/> as | D <input type="checkbox"/> ai | F <input type="checkbox"/> avez | A <input type="checkbox"/> avez | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> a | B <input type="checkbox"/> ont | D <input type="checkbox"/> ai | F <input type="checkbox"/> as | A <input type="checkbox"/> avez | C <input type="checkbox"/> a | E <input type="checkbox"/> ont | B <input type="checkbox"/> as | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> ai | <p>6. Vous ____ détesté les tomates</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> a</td><td>C <input type="checkbox"/> ai</td><td>E <input type="checkbox"/> avons</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> as</td><td>D <input type="checkbox"/> ont</td><td>F <input type="checkbox"/> avez</td></tr></table> <p>7. J'____ pris un crayon</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> ai</td><td>C <input type="checkbox"/> avons</td><td>E <input type="checkbox"/> a</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> ont</td><td>D <input type="checkbox"/> avez</td><td>F <input type="checkbox"/> as</td></tr></table> <p>8. Elles ____ vu Shawn Mendes</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> avons</td><td>C <input type="checkbox"/> ai</td><td>E <input type="checkbox"/> a</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> ont</td><td>D <input type="checkbox"/> avez</td><td>F <input type="checkbox"/> as</td></tr></table> <p>9. Vous ____ fait du sport</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> ont</td><td>C <input type="checkbox"/> as</td><td>E <input type="checkbox"/> ai</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> a</td><td>D <input type="checkbox"/> avons</td><td>F <input type="checkbox"/> avez</td></tr></table> <p>10. Nous ____ dû faire l'examen.</p> <table border="0"><tr><td>A <input type="checkbox"/> ont</td><td>C <input type="checkbox"/> as</td><td>E <input type="checkbox"/> ai</td></tr><tr><td>B <input type="checkbox"/> avez</td><td>D <input type="checkbox"/> avons</td><td>F <input type="checkbox"/> a</td></tr></table> | A <input type="checkbox"/> a | C <input type="checkbox"/> ai | E <input type="checkbox"/> avons | B <input type="checkbox"/> as | D <input type="checkbox"/> ont | F <input type="checkbox"/> avez | A <input type="checkbox"/> ai | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> a | B <input type="checkbox"/> ont | D <input type="checkbox"/> avez | F <input type="checkbox"/> as | A <input type="checkbox"/> avons | C <input type="checkbox"/> ai | E <input type="checkbox"/> a | B <input type="checkbox"/> ont | D <input type="checkbox"/> avez | F <input type="checkbox"/> as | A <input type="checkbox"/> ont | C <input type="checkbox"/> as | E <input type="checkbox"/> ai | B <input type="checkbox"/> a | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> avez | A <input type="checkbox"/> ont | C <input type="checkbox"/> as | E <input type="checkbox"/> ai | B <input type="checkbox"/> avez | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> a |
| A <input type="checkbox"/> ont  | C <input type="checkbox"/> avez  | E <input type="checkbox"/> a     |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> ai   | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> as    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> ont  | C <input type="checkbox"/> avez  | E <input type="checkbox"/> as    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> a  | D <input type="checkbox"/> ai    | F <input type="checkbox"/> avons |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> a  | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> ont   |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> as   | D <input type="checkbox"/> ai    | F <input type="checkbox"/> avez  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> avez   | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> a     |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> ont  | D <input type="checkbox"/> ai    | F <input type="checkbox"/> as    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> avez   | C <input type="checkbox"/> a     | E <input type="checkbox"/> ont   |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> as   | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> ai    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> a  | C <input type="checkbox"/> ai    | E <input type="checkbox"/> avons |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> as   | D <input type="checkbox"/> ont   | F <input type="checkbox"/> avez  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> ai   | C <input type="checkbox"/> avons | E <input type="checkbox"/> a     |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> ont  | D <input type="checkbox"/> avez  | F <input type="checkbox"/> as    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> avons  | C <input type="checkbox"/> ai    | E <input type="checkbox"/> a     |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> ont  | D <input type="checkbox"/> avez  | F <input type="checkbox"/> as    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> ont  | C <input type="checkbox"/> as    | E <input type="checkbox"/> ai    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> a  | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> avez  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| A <input type="checkbox"/> ont  | C <input type="checkbox"/> as    | E <input type="checkbox"/> ai    |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |
| B <input type="checkbox"/> avez   | D <input type="checkbox"/> avons | F <input type="checkbox"/> a     |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                              |                               |                                  |                              |                                  |                                |                               |                               |                                 |                                 |                                  |                              |                                |                               |                               |                                 |                              |                                |                               |                                  |                               |  |                              |                               |                                  |                               |                                |                                 |                               |                                  |                              |                                |                                 |                               |                                  |                               |                              |                                |                                 |                               |                                |                               |                               |                              |                                  |                                 |                                |                               |                               |                                 |                                  |                              |

III. Mets les verbes au passé composé.

1. Je \_\_\_\_\_ (être) en contact avec une personne covid.
2. Elle \_\_\_\_\_ (dîner) au restaurant.
3. Alex et Laura \_\_\_\_\_ (réussir) leurs examens.
4. Mon père \_\_\_\_\_ (prétendre) être riche.

5. Vous \_\_\_\_\_ (ne pas/ aimer) la pièce de théâtre.
6. Je \_\_\_\_\_ (avoir) un chien.
7. Ma tante \_\_\_\_\_ (grossir).
8. Tu \_\_\_\_\_ (ne pas/répondre) à sa lettre.
9. Mes parents \_\_\_\_\_ (envoyer) ton cadeau.
10. Ma sœur \_\_\_\_\_ (choisir) la robe rouge.

IV. Complète les tableaux

infinitif	participe passé
arriver	
	accepté
commencer	
	demandé

infinitif	participe passé
fermer	
choisir	
	grandi
	réussi

infinitif	participe passé
avoir	
être	
faire	
aller	

infinitif	participe passé
	perdu
répondre	
vendre	
vouloir	