**Mission 2 – niveau 1**

Nom : Prénom :

**Perception auditive et niveau d'intensité sonore**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n° | Nature du son étudié | Perception  (très faible, faible … très fort) | Niveau d'intensité sonore mesuré (en dB) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Indiquer, en déplaçant les blocs ci-dessous, votre perception de chacun des quatre sons sur l’échelle suivante, graduée de très faible à très fort.

Très faible Très fort

4

3

1

2