



Einverständniserklärung eines Sorgeberechtigten Sporteignungsprüfung an der MSH

Daten des Sorgeberechtigten

Name _____

Vorname _____

Telefonische Erreichbarkeit _____

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Teilnahme meiner Tochter / meines Sohnes (Name, Vorname)

_____ an der Sporteignungsprüfung der MSH Medical School Hamburg einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten



Entwicklung ist der Lauf der Dinge.