

## **Einverständniserklärung des/r gesetzlichen Vertreter/s bei Minderjährigen**

Diese Erklärung des/der gesetzlichen Vertreter/s ist von allen Minderjährigen bei der Registrierung am Testtag abzugeben. Ohne diese Erklärung ist die Teilnahme am Test für Medizinische Studiengänge (TMS) nicht möglich!

Hiermit erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass unser/e Tochter/Sohn,

\_\_\_\_\_,  
(Name, Vorname Tochter/Sohn)

geboren am \_\_\_\_\_,

am Test für Medizinische Studiengänge (TMS) am \_\_\_\_\_ teilnehmen darf.

Das Einverständnis bezieht sich insbesondere auf die Kenntnis, dass unsere/r Tochter/Sohn an dem TMS nur ein einziges Mal teilnehmen kann. Eine Wiederholung ist ausgeschlossen.

Des Weiteren haben wir Kenntnis davon, dass das Ergebnis des TMS an zur Zeit 22 Medizinischen Fakultäten in Deutschland als Auswahlkriterium bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen berücksichtigt wird.

Es wird versichert, dass unsere Tochter/Sohn zum berechtigten Personenkreis zählt (Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung im laufenden oder kommenden Kalenderjahr bzw. Hochschulzugangsberechtigung bereits erworben).

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname gesetzliche/r Vertreter in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift, gesetzliche/r Vertreter)