

## **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 Kind,

---

(Name, Vorname des Kindes)

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

am Test für Medizinische Studiengänge (TMS) teilnehmen darf.

Das Einverständnis bezieht sich insbesondere auf die Kenntnis, dass unser Kind den TMS nur ein einziges Mal wiederholen kann (Details siehe [tms-info.org](http://tms-info.org)).

Des Weiteren haben wir Kenntnis davon, dass das Ergebnis des TMS zur Zeit an fast allen medizinischen, zahnmedizinischen, tiermedizinischen, teilweise pharmazeutischen Fakultäten wie auch Landarztquoten in Deutschland als Auswahlkriterium bei der Vergabe von Studienplätzen berücksichtigt wird.

Es wird versichert, dass unser Kind 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)