



## **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 an den Interaktionellen Kompetenzen Medizin (IKM) nicht möglich!

Hiermit erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass unser Kind,

---

(Name, Vorname des Kindes)

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

an den Interaktionellen Kompetenzen Medizin (IKM) teilnehmen darf.

Das Einverständnis bezieht sich insbesondere auf die Kenntnis, dass unser Kind an den IKM nur ein einziges Mal teilnehmen kann und die Teilnahme auf Video aufgezeichnet wird (Details siehe [ikm-info.org](http://ikm-info.org)).

Des Weiteren haben wir Kenntnis davon, dass das Ergebnis des IKM zurzeit an der Medizinischen Fakultät Heidelberg in einer Unterquote bei der Vergabe von Studienplätzen berücksichtigt wird.

Es wird versichert, dass unser Kind zum berechtigten Personenkreis zählt (Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung im laufenden oder kommenden Schuljahr bzw. Hochschulzugangsberechtigung bereits erworben).

---

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

---

(Datum, Unterschrift, gesetzliche/r Vertreter)