

**Einverständniserklärung der Eltern bei minderjährigen Bewerbern:**

Hiermit erkläre ich mich (bei alleinigem Sorgerecht) / wir uns damit einverstanden, dass unsere Tochter / unser Sohn sich für eine Ausbildung an der Medizinischen Berufsfachschule des Universitätsklinikum Leipzig AöR bewirbt und bei Ausbildungsplatzzusage die Ausbildung absolviert.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r