

An

Hochschule Düsseldorf
Zentrale Studienberatung
Münsterstraße 156
40476 Düsseldorf

- ODER -

schnupperstudium@hs-duesseldorf.de

Anmeldung zum Schnupperstudium an der Hochschule Düsseldorf

(14.10.2019 – 18.10.2019)

Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers: _____

Einverständniserklärung der Eltern (bei minderjährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern)

Hiermit erkläre ich, _____
(Name des Elternteils/ Erziehungsberechtigten), mich damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter am einwöchigen Schnupperstudium an der Hochschule Düsseldorf teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten