

**Dieses Attest ist während  
des Anmeldeverfahrens hochzuladen.**

**FAKULTÄT FÜR SPORTWISSENSCHAFT**

**Dekan**

**Prof. Dr. Michael Kellmann**

2. Etage, Raum 2.101

Gesundheitscampus-Nord 10, 44801 Bochum

**Zentrales Sekretariat - Sparteignungstest**

Sprechzeiten: Montag, Mittwoch, Donnerstag,

11.00 Uhr - 13.00 Uhr

Fon +49 (0)234 32-19132

sporteignungstest@rub.de

www.sport.rub.de

**Ärztliche Bescheinigung**  
**(nicht älter als drei Monate)**

Herr  oder Frau

**bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Haus Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Minderjährigkeit)**

Mit meiner Unterschrift erteile ich die Einwilligung, dass mein/e Tochter/Sohn am Sparteignungstest teilnehmen darf.

Hiermit bescheinige ich, dass

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

uneingeschränkt sporttauglich ist. Es bestehen ärztlicherseits keine Bedenken hinsichtlich der Teilnahme am Eignungsfeststellungsverfahren für das Bachelor-Studium im Fach Sportwissenschaft. Es bestehen ebenfalls keine Bedenken gegen die Aufnahme des Sportstudiums an der Fakultät für Sportwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum.

Von den Leistungsanforderungen der Eignungsfeststellung der Fakultät für Sportwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum habe ich Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum