

Anmeldung zur Modulabschlussprüfung Sportmedizin (BA 2005)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Modulabschlussprüfung Sportmedizin im

Prüfungszeitraum _____ an.

Studienordnung: 2-Fach KJ (G) KJ (HRGe) BAB

Name _____

Vorname _____

Geburtstag: ___/___/_____

Matrikelnummer _____

Studiengang _____

Semester _____

Semesteranschrift _____

Email _____

Telefon _____

Mobil _____

Vorschlag Prüfer/in: _____

Wahlpflichtbereiche:

- Ich habe mit dem zuständigen Dozenten Rücksprache zu einem möglichen Thema gehalten.
- Ich werde mit dem zuständigen Dozenten Rücksprache zu einem möglichen Thema halten.

Münster, den _____

Unterschrift des/der Kandidat/in