

Name of school:

Name der Schule

Address:

Adresse

For submission to (Zur Vorlage bei):

Studentenwerk Marburg
Anstalt des öffentlichen Rechts
Amt für Ausbildungsförderung
Erlenring 5
D-35037 Marburg

fax: 06421 – 296223
+ 496421296223

This is to certify that / Bescheinigung, dass

Pupil name: _____ **Date of birth:** _____
Name des Schülers: _____ Geburtsdatum: _____

* is accepted enrolled
* ist zugelassen eingeschrieben

Beginn of school year: _____ (ddmmyy) **End of school year:** _____ (ddmmyy)
Beginn des Schuljahres: _____ (TTMMJJ) Ende des Schuljahres: _____ (TTMMJJ)

Form: _____ **Year:** _____
Jahrgangsstufe: _____

* Please mark the **corresponding box** / * Kennzeichnen Sie bitte den entsprechenden Kasten

Signature/Unterschrift Seal/Siegel Date/Datum