

Please fill in without fail! - Bitte unbedingt ausfüllen!

Name of University:

Name der Hochschule/Universität _____

Address:

Adresse _____



For presentation to (Zur Vorlage bei):

Studierendenwerk Marburg
Amt für Ausbildungsförderung
Erlenring 5
D-35037 Marburg

fax: 06421 - 296223
tel: +49 6421 296223

This is to certify that

Bescheinigung, dass

Student name:

Name des Studenten: _____

Date of birth:

Geburtsdatum: _____

is enrolled
ist eingeschrieben

* as a ☐ full-time student
* als ☐ Vollzeitstudent

☐ part-time student
Teilzeitstudent

Language course / Orientation period
Sprachkurs/Orientierungszeitraum

from: _____ to: _____ (ddmmyy)
von: _____ bis: _____ (TTMMJJ)

Enrolment period

Einschreibungszeitraum

from: _____ to: _____ (ddmmyy)
von: _____ bis: _____ (TTMMJJ)

Faculty/Department of:

Fakultät/Abteilung: _____

Course of study-subject area:

Fachrichtung: _____

.....
Signature/Unterschrift

.....
Seal/Siegel

.....
Date/Datum

*Please mark the **corresponding** box and attach the **confirmation of enrolment!**

*Kennzeichnen Sie bitte den entsprechenden Kasten und fügen Sie die Immatrikulationsbescheinigung bei!