

Name of school:

Name der Schule

Address:

Adresse

For submission to (Zur Vorlage bei):

Studierendenwerk Marburg
Amt für Ausbildungsförderung
Erlenring 5
D-35037 Marburg

fax: 06421 – 296223
+496421296223

This is to certify that / Bescheinigung, dass**Pupil name:**

Name des Schülers:

* is

* ist



accepted

zugelassen

Date of birth:

Geburtsdatum:



enrolled

eingeschrieben

Beginn of school year: _____(ddmmyy)

Beginn des Schuljahres:

(TTMMJJ)

End of school year: _____(ddmmyy)

Ende des Schuljahres:

(TTMMJJ)

Form:

Jahrgangsstufe:

Year:

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

Signature/Unterschrift-----
Seal/Siegel-----
Date/Datum-----
Name in block letters-----
Position of Signatory