

ALL ENTRIES WILL BE
MADE IN BLOCK LATIN
CAPITALS AND WILL BE
MADE IN INK OR TYPE-
SCRIPT.

I
PERSONAL PARTICULARS
Personalbeschreibung

Dieses Blatt muss in folgender
weise ausgefüllt werden:

1. In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben.
2. Mit Tinte oder mit Schreibmaschine.

SURNAME OF HOLDER Geipel
Familiennamen des Inhabers

DATE OF BIRTH 20.9.1900
Geburtsdatum (DAY/MONTH/YEAR
—Tag/Monat/Jahr)

CHRISTIAN NAMES Max
Vornamen des Inhabers

PLACE OF BIRTH
Geburtsort

CIVIL OCCUPATION Lehrer
Beruf oder Beschäftigung

FAMILY STATUS—SINGLE	† Ledig	
Familienstand MARRIED	Verheiratet	X
WIDOW(ER)	Verwitwet	
DIVORCED	Geschieden	

HOME ADDRESS Strasse Pfarrstr.
Heimatanschrift Ort Rehau
Kreis München HOF
Regierungsbezirk/Land
M. - Franken

NUMBER OF CHILDREN WHO ARE MINORS
Zahl der minderjährigen Kinder

I HEREBY CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE PARTICULARS GIVEN ABOVE ARE TRUE.
I ALSO CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE "INSTRUCTIONS TO PERSONNEL ON DISCHARGE" (CONTROL FORM D.1).

Ich erkläre hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind. Ich bestätige ausserdem dass ich die "Anweisung für Soldaten und Angehörige Militär-ähnlicher Organisationen" u.s.w. (Kontrollblatt D.I) gelesen und verstanden habe.

SIGNATURE OF HOLDER
Unterschrift des Inhabers

II

MEDICAL CERTIFICATE

Ärztlicher Befund

DISTINGUISHING MARKS
Besondere Kennzeichen

DISABILITY, WITH DESCRIPTION
Dienstunfähigkeit, mit Beschreibung

MEDICAL CATEGORY
Tauglichkeitsgrad

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE ABOVE PARTICULARS RELATING TO THE HOLDER ARE TRUE AND THAT HE IS NOT VERMINOUS OR SUFFERING FROM ANY INFECTIOUS OR CONTAGIOUS DISEASE.

Ich erkläre hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind, dass der Inhaber ungezieferfrei ist und dass er keinerlei ansteckende oder übertragbare Krankheit hat.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER
Unterschrift des Sanitätsoffiziers

NAME AND RANK OF MEDICAL OFFICER
IN BLOCK LATIN CAPITALS

Zuname/Vorname/Dienstgrad des Sanitätsoffiziers
(In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben)

Dr. **FABIAN** Stabsarzt

P.T.O.
Bitte wenden

† DELETE THAT WHICH IS INAPPLICABLE
Nichtzutreffendes durchstreichen

III
PARTICULARS OF DISCHARGE
Entlassungsvermerk

THE PERSON TO WHOM THE ABOVE PARTICULARS REFER
Die Person auf die sich obige Angaben beziehen

WAS DISCHARGED ON (Date)
wurde am (Datum der Entlassung)

FROM THE*
vom/von der*

Luftwaffe

entlassen

RIGHT THUMBPRINT
Abdruck des rechten Daumens

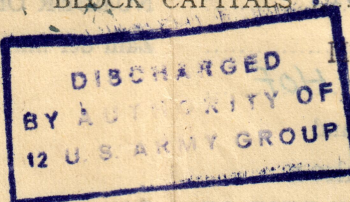


CERTIFIED BY
Beglaubigt durch

John A. Rosenbaum
CAPT., 548 F. A. B. N. SEAL

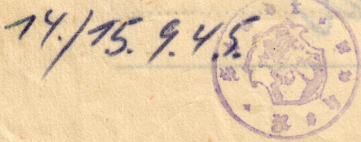
NAME, RANK AND
APPOINTMENT OF GA Bilsland Major
ALLIED DISCHARGING
OFFICER IN
BLOCK CAPITALS . OC. 23. DCU.

Amtlicher
Einprägestempel



Munsterlager

* INSERT "ARMY", "NAVY", "AIR FORCE", "VOLKSSTURM", OR PARA-MILITARY
ORGANIZATION, e.g. "R.A.D.", "N.S.F.K.", ETC.
Wehrmachtteil oder Gliederung der die Einheit angehört, z.B. "Heer", "Kriegsmarine",
"Luftwaffe", "Volkssturm", "Waffen SS", oder "R.A.D.", "N.S.F.K.", u.s.w.

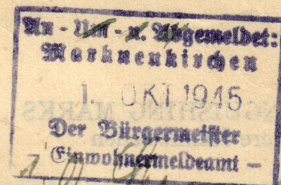


17. 9. 45.
Der Bürgermeister

d. Gemeinde Regnitzlosau
Landrat Rehau
— Ernährungsamt Abt. B

18. Sep. 1945

19. Sep. 1945



Lebensmittelkarten

ausgehändigt bis ab 1. 10. 45

inschl. langfr. Karten
F. A. Glaeser

