

CERTIFICATE OF DISCHARGE
Entlassungsschein

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

PERSONAL PARTICULARS
Personalbeschreibung

EDLER VON
RENNENKAMPF

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
Familiennamen des Inhabers

DATE OF BIRTH 17-8-1925
Geburtsdatum (DAY/ MONTH/ YEAR)

CHRISTIAN NAMES Karl - Gustav
Vornamen des Inhabers

PLACE OF BIRTH Gross-Haderthausen
Geburtsort

CIVIL OCCUPATION Farmer
Beruf oder Beschäftigung

FAMILY STATUS SINGLE + Ledig
Familienstand

HOME ADDRESS Strasse Allingerstr. 18
Heimatanschrift Ort Eichenau/München
Kreis Oberbayern
Regierungsbezirk/Land/...
13b Oberbayern

NUMBER OF CHILDREN WHO ARE MINORS
Zahl der minderjährigen Kinder

I HEREBY CERTIFY THAT TO THE BEST OF
MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE PARTI-
CULARS 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“ gelesen
und verstanden habe.

SIGNATURE OF HOLDER
Unterschrift des Inhabers

MEDICAL CERTIFICATE
Ärztlicher Befund

DISCRIMINATING MARKS
Besondere Kennzeichen

DISABILITY, WITH DESCRIPTION
Dienstunfähigkeit, mit Beschreibung

MEDICAL CATEGORY
Tauglichkeitsgrad

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 übertragbar Krankheit hat.

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOW-
LEDGE AND BELIEF THE ABOVE PARTI-
CULARS RELATING TO THE HOLDER ARE TRUE
AND THAT HE IS NOT VERMINOUS OR
SUFFERING FROM ANY INFECTIOUS OR
CONTAGIOUS DISEASE.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER
Unterschrift des Sanitätsoffiziers

NAME AND RANK OF MEDICAL OFFICER
IN BLOCK LATIN CAPITALS G.H. HANLON CAPT. MC.

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

DELETE THAT WHICH IS INAPPLICABLE
Nichtzutreffendes durchstreichen

P.T.O.
Bitte wenden

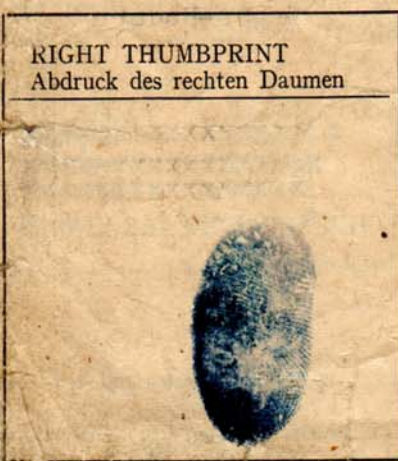
*Wahlverweigerung
aufgrund in Deutschland
Friede*

III
PARTICULARS OF DISCHARGE
Entlassungsvermerk

PWTE C-3
HEILBRONN

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

WAS DISCHARGED ON (Date) _____ FROM THE _____
wurde am (Datum der Entlassung) _____ vom/von der _____ entlassen



CERTIFIED BY C.J. Harris OFFICIAL
Beglaubigt durch _____ EMBOSED
SEAL
NAME, RANK AND St. Col.
APPOINTMENT OF _____
ALLIED DISCHARGING _____ Amtlicher
OFFICER IN _____ Einprägestempel
BLOCK CAPITALS L.P.F.

• INSERT "ARMY," "NAVY," "AIR FORCE," "VOLKSSTURM," OR PARAMILITARY 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.

Entlassungsgeld in Höhe von 80,- RM Cripps
bezahlt.

Ort HEILBRONN, den 8. 8. 1945
Dienstgrad _____

[Handwritten signature]
St. Col.