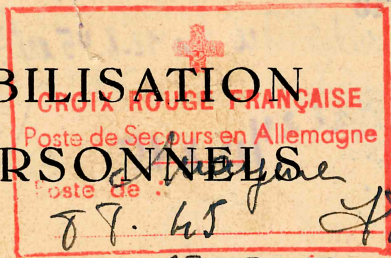


23. VII. 45
M.

CERTIFICAT DE DEMOBILISATION RENSEIGNEMENTS PERSONNELS



87.45 [Signature]

NOM Steinbach DATE DE NAISSANCE 17. 5. 28
 PRENOMS Roland LIEU DE NAISSANCE Mohsdorf
 PROFESSION CIVILE Werkzeugmacher
 ADRESSE CIVILE Mohsdorf / Chemnitz SITUATION DE FAMILLE: ~~MARIE~~ ~~VEUF~~
 tal Sachsen CELIBATAIRE ~~DIVORCE~~
 NOMBRE D'ENFANTS MINEURS: -

JE CERTIFIE PAR EA PRESENTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI = DESSUS SONT EXACTS. JE RECONNAIS D'AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES „INSTRUCTIONS POUR LA DEMOBILISATION“.

SIGNATURE DU PORTEUR *Roland Steinbach*
 NOM DU PORTEUR EN LETTRES CAPITALES Roland Steinbach

CERTIFICAT MEDICAL

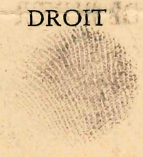
SIGNES DISTINCTIFS
 INAPTITUDE AVEC DESCRIPTION
 CATEGORIE MEDICALE

JE CERTIFIE QU'A MA CONNAISSANCE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS, CONCERNANT LE PORTEUR SONT EXACTS, QU'IL EST EXEMPT DE VERMINE ET NE SOUFFRE D'AUCUNE MALADIE CONTAGIEUSE OU INFECTIEUSE.

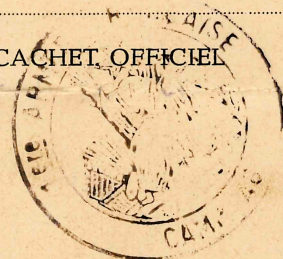
SIGNATURE DE L'OFFICIER MEDICAL
 NOM ET GRADE DE L'OFFICIER MEDICAL
 EN MAJUSCULES Pilven
 Med. Aux.

LA PERSONNE A LAQUELLE SE REFERENT LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS A
 ETE DEMOBILISEE LE 28.7.45
 DE Heer *)

EMPREINTE DU POUCE DROIT



CACHET OFFICIEL



CERTIFIE PAR:
 DE BUYER
 CHEF D'ESCADRON
 CHEF DE SERVICE DES
 P. G. DE L'ARMEE

*) ARMEE - MARINE - ARMEE DE L'AIR - VOLKSSTURM - ou ORGANISATIONS PARAMILITAIRES TELLES QUE R.A.D. — N.S.K.K.
 TOUTES LES INSCRIPTIONS SE FONT EN CAPITALES LATINES A L'ENCRE OU A LA MACHINE A ECRIRE.

25099 Heermeider
 25099 03 900
 28.7.45
 10.18-12.8
 [Circular stamp]

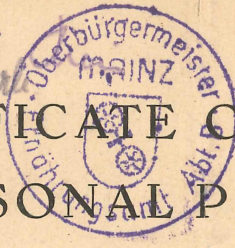
Reisekarte

7. Aug. 1945

24 8.

Haardt 1

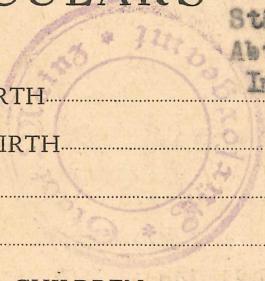
Behörden/Behörden
für Tage abgegeben.
Darmstadt, den 10. 8. 1945
Ernährungsamt Abt. B
3. R.
Ahrens



CERTIFICATE OF DISCHARGE PERSONAL PARTICULARS

Einmalig 3.-- RM gez.
Städt. Fürsorgeamt
Abtlg Allgem. Fürs.
Im Auftrag:

SURNAME OF HOLDER DATE OF BIRTH
 CHRISTIAN NAME PLACE OF BIRTH
 CIVIL OCCUPATION
 HOME ADDRESS
 FAMILY STATUS NUMBER OF CHILDREN
 (Single-Married-Widower-Divorced) WHO ARE MINORS



25.8.-24.8.45
25.8.1945

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 OF DISCHARGE“ (CONTROL FORM D. I).

SIGNATURE OF HOLDER
 NAME OF HOLDER WRITTEN
 IN BLOCK LATIN CAPITALS

28. Aug. 1945

MEDICAL CERTIFICATE

DISTINGUISHING MARKS
 DISABILITY WITH DESCRIPTION
 MEDICAL CATEGORY

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.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER
 NAME AND RANK OF MEDICAL OFFICER
 IN BLOCK LATIN CAPITALS

Pilven
Med. Aux.

THE PERSON TO WHOM THE ABOVE PARTICULARS REFER WAS DISCHARGED

ON FROM THE*)

RIGHT THUMBPRINT:

OFFICIAL IMPRESSED SEAL

CERTIFIED BY
 NAME, Rank AND APPRINTMENT OF ALLIED
 DISCHARGING OFFICER, MAJOR DEBU DE BUYER
 P. O. W. SECTION G. 2.

*) Insert ARMY - NAVY - AIR FORCE - VOLKSSTURM - or paramilitary organisations e. g. R. A. D. - N. S. K. K. etc.
 All entries will be made in Block Latin Capitals and will be made in ink or typoscript.