

PRAXISBESTÄTIGUNG

An das
Agrarbildungszentrum Hagenberg
Veichter 99
4232 Hagenberg
Mail: lwbfh-hagenberg.post@ooe.gv.at
Telefon: 0732/7720-33400

Es wird bestätigt, dass der Schüler / die Schülerin

.....

auf meinem Betrieb in der Zeit

vom bis und

vom bis

im Sinne der Richtlinien für die Fremdpraxis an landwirtschaftlichen
Fachschulen praktiziert hat.

Name und Heimatadresse des Praktikanten / der Praktikantin

Name und Adresse des Praxisherrn / der Praxisfrau / des Praxisbetriebes

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des/r Betriebsleiters/in