
An das **Agrarbildungszentrum Lambach** - An der Traun 1, 4650 Lambach

Name des/r Schülers/in

Klassenvorstand:

Ich absolviere die Fremdpraxis von bis

am Betrieb

in

.....

Tel/FAX/Mail

.....
Unterschrift des/r Schülers/in

Bestätigung des Praxisbetriebsleiters/in:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/r Betriebsleiters/in