



Lehrbetriebsverbund Landwirtschaft SG/AR/AI/FL

Bestätigung über die Ausbildungsdauer im ____ Lehrjahr

Berufsbildner

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

ÖLN/BIO:

Lernender

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Dauer der Ausbildung

Von:

Bis:

Evt. Unterbrüche (Krankheit, Unfall, Militär,...) Tage:

Betriebszweige

Der Lernende hat in folgenden Betriebszweigen mitgearbeitet (zutreffendes ankreuzen):

- | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchvieh | <input type="checkbox"/> Grossviehmast | <input type="checkbox"/> Mutterkuhhaltung |
| <input type="checkbox"/> Kälbermast | <input type="checkbox"/> Hühnerhaltung | <input type="checkbox"/> Pouletmast |
| <input type="checkbox"/> Pferdehaltung | <input type="checkbox"/> Schafhaltung | <input type="checkbox"/> Schweinehaltung |
| <input type="checkbox"/> Futterbau | <input type="checkbox"/> Ackerbau | <input type="checkbox"/> Feldgemüsebau |
| <input type="checkbox"/> Waldbau | <input type="checkbox"/> Alpwirtschaft | <input type="checkbox"/> Obstbau |

andere _____

Ort, Datum:

Unterschrift Berufsbildner: