

LandesSportBund Niedersachsen e.V.  
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10  
30169 Hannover

Datum: \_\_\_\_\_

<b>Antrag</b>	<b>auf 4-jährige Anerkennung eines Landesleistungszentrums in Anlehnung an das „DOSB-Stützpunktkonzeptes für den olympischen Sport“</b>
	- gültig für die Jahre 2025 bis 2028 -
Landesfachverband:	_____
Disziplin:	_____
Landesleistungszentrum:	_____

**Kommentiert [CK2]:** Das „DOSB-Stützpunktkonzeptes für den olympischen Sport“ beschreibt ausschließlich die in das Netzwerk des Spitzenverbands integrierten Landesstützpunkte (für Nds. als Landesleistungszentren benannt). Diese Stützpunkte sind Konzentrationspunkte für die sportartspezifische Entwicklung der Landeskader einer Region (Landes) nach der Stützpunktkonzeption der Spitzenverbände, wie sie in deren Strukturplänen beschrieben werden.

Die Entwicklung von LK - und NK2- Athlet\*innen in den Bundeskader (NK1) ist die primäre Aufgabe der Landesfachverbände an diesen Stützpunkten.

**Name und Anschrift der gesichert zur Verfügung stehenden Trainingsstätte:**

Name:	_____
Straße:	_____
PLZ u. Ort:	_____

**1. Organisation und Verwaltung**

**1.1. Träger bzw. Eigentümer der Trainingsstätte:**

(z.B. Stadt/Gemeinde ... , Verein o. Privatperson)	
Name:	_____
	_____

**1.2. Leiter des Landesleistungszentrums:**

Name:	_____
Straße:	_____
PLZ u. Ort:	_____
Telefon/Fax:	_____

**Wir versichern, dass alle im vorliegenden Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und das o.g. LLZ im Strukturplan des SFV sowie des LFV berücksichtigt wurde.**

Ort	<input type="text"/>	<b>gez.</b>
Datum	<input type="text"/>	Name der bzw. des Verantwortlichen des Landesfachverbandes u. Stempel

**Kommentiert [CK1]:** mit Tabulator oder Mausclick zu den Formularfeldern bewegen!

**Kommentiert [CK3]:** wird automatisch ausgefüllt, wenn das Datum im ersten Formularfeld dieser Seite eingegeben ist (Seitenansicht anklicken)!

LFV: \_\_\_\_\_  
LLZ: \_\_\_\_\_

Kommentiert [CK4]: wird automatisch ausgefüllt, wenn das Datum im ersten Formularfeld dieser Seite eingegeben ist (Seitenansicht anklicken)!

**1.3. Die Finanzierung der Kosten von Organisation und Verwaltung sind wie folgt gesichert:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Anzahl der tägl. am Landesleistungszentrum trainierenden Athleten\*innen inkl. Trainingsumfang** (entspr. LLZ-Kaderliste → Seite 8)

Kader <small>(olymp. / paralymp. u. nicht-olymp.)</small>	Anzahl		Trainingsumfang (Stunden / Woche)
	männl.	weibl.	
OK / PAK / WGK			
PK			
NK 1			
NK 2			
LK-Ü			
LK-F			
LK-E			

\*OK = Olympiakader / PAK = Paralympicskader / WGK = World Games-Kader

**2.1. Das tägl. Training im Landesleistungszentrum wird für die Kadersportler\*innen sichergestellt:**

durch den Landesfachverband - ja  / nein

durch den/die Verein/e - ja  / nein

durch Sonstige: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kommentiert [CK5]: Durch Mausclick ankreuzen!

LFV: _____
LLZ: _____

**3. Trainerinnen und Trainer im Landesleistungszentrum:**

Nr.	Name, Vorname	Qualifikation (DOSB-Lizenz)*	hauptberufl. Trainer*in**:	Honorar- Trainer*in**:
1.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentiert [CK6]: Durch Mausclick ankreuzen!

\*(aktuelle Kopie beifügen)

\*\* bitte ankreuzen

**3.1. Verantwortliche Trainerin bzw. verantwortlicher Trainer:**

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ u. Ort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____

**3.2. Anstellung der Trainer\*innen:**

Name, Vorname der Trainerin, des Trainers:	Anstellungsträger:	Finanzierung gesichert bis:

LFV:	_____
LLZ:	_____

4. Sportmedizinische Betreuung - ja  / nein

4.1. Die sportmedizinische Betreuung wird durchgeführt von:

wenn ja, Name und Anschrift der Ärztinnen bzw. Ärzte:

Name:	Straße, PLZ u. Ort:	Telefon/Fax:

4.2. Finanzierung der sportmedizinischen Betreuung:

---

---

---

---

5. Physiotherapeutische Betreuung - ja  / nein

5.1. Die physiotherapeutische Betreuung wird durchgeführt von:

wenn ja, Name und Anschrift der Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten:

Name:	Straße, PLZ u. Ort:	Telefon/Fax:

5.2. Finanzierung der physiotherapeutischen Betreuung:

---

---

---

---

LFV:	_____
LLZ:	_____

**6. Spezielle Trainingsstätten**

**6.1. Für das tägl. Training im Landesleistungszentrum stehen folgende Trainingsstätten zur Verfügung:**

Bezeichnung der Anlage	Name und Anschrift des Eigentümers	Ausstattung der Anlage

**6.2. Die Benutzung der Trainingsstätte ist**

unentgeltlich                      - ja                       / nein .

(wenn „nein“:)

Das Entgelt beträgt: .....

**6.3. Die Finanzierung ist wie folgt gesichert:**

1.
2.
3.
4.

LFV:	
LLZ:	

7. Kaderentwicklung

7.1. **Kurzbericht**

Kommentiert [CK7]: Nachweis der Entwicklung von NK1/NK2-Athlet\*innen im vorherigen Olympiazklus!

Kader	2021	2022	2023	2024	2025
OK / PAK / WGK					s. 2. Anzahl der (Seite 2) bzw. 10. LLZ-Kaderliste (Seite 8 ff)
PK					
NK 1					
NK 2					
LK-Ü					
LK-E- u. LK-F					

7.2. Wettkampferfolge der dem Landesleistungszentrum zugeordneten Athleten\*innen

Deutsche Meisterschaften		2022	2023	2024
Schüler	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			
Jugend/Junioren	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			
Haupt-WK-Klasse	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			

Int. Meisterschaften (WM o. EM)		2022	2023	2024
Schüler	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			
Jugend/Junioren	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			
Haupt-WK-Klasse	<u>1. Platz</u>			
	<u>2. Platz</u>			
	<u>3. Platz</u>			

LFV:	_____
LLZ:	_____

**7.2.1. Weitere Erfolge (wie z.B. internationale Einsätze):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Talentfindung im Landesleistungszentrum**

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Anmerkungen**

---

---

---

---

---

---

LFV:	_____
LLZ:	_____

**10. Liste der im Landesleistungszentrum trainierenden Kaderathleten\*innen**  
(gemäß gültiger LFV-Kaderliste aus dem LSB-Net auch als Excel-Anhang möglich)

Nr.	Kader	Name, Vorname	Jahrg.	Verein
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

**Kommentiert [CK8]:** Ein Auszug aus dem LSB-Net /Kaderdaten als Excel-Liste mit den min. Angaben (Kaderstatus; Name, Vorname; Jahrg., Verein) für den beantragten Stützpunkt in der Anlage des Antrages oder hier Pkt. 8 ausfüllen.



<b>LFV:</b>	
<b>LLZ:</b>	

Fortsetzung der LLZ-Kaderliste

<b>Nr.</b>	<b>Kader</b>	<b>Name, Vorname</b>	<b>Jahrg.</b>	<b>Verein</b>
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				

<b>LFV:</b>	_____
<b>LLZ:</b>	_____

Fortsetzung der LLZ-Kaderliste

<b>Nr.</b>	<b>Kader</b>	<b>Name, Vorname</b>	<b>Jahrg.</b>	<b>Verein</b>
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				