

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

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

Kommentar [Hinweis1]: mit Tabulator oder Mausklick zu den Formularfeldern bewegen!

**Antrag** auf 4-jährige Anerkennung eines Landesleistungszentrums  
- gültig für die Jahre 2021 bis 2024 -

Landesfachverband: \_\_\_\_\_

Disziplin: \_\_\_\_\_

Landesleistungszentrum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der gesichert zur Verfügung stehenden Trainingsstätte:

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

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 in vorliegendem Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort

Datum

gez.

Name der bzw. des Verantwortlichen  
des Landesfachverbandes

Kommentar [Hinweis2]: wird automatisch ausgefüllt, wenn das Datum im ersten Formularfeld dieser Seite eingegeben ist (Seitenansicht anklicken)!

Kommentar [Hinweis3]: Wenn der Antrag per Email zugesandt wird, bitte „gez. + Name des/der Verantwortlichen“ einfügen!

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis4]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

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

1.
2.
3.

**2. Anzahl der regelmäßig im Landesleistungszentrum trainierenden Athleten/innen inkl. Trainingsumfang**

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

**Kommentar [WHe5]:** Neue Kadersystematik und Bezeichnungen für olympische Sportarten:  
 OK - Olympiakader  
 PK - Perspektivkader  
 EK - Ergänzungskader  
 NK 1 - Nachwuchskader 1  
 NK 2 - Nachwuchskader 2  
 LK-Ü - Landeskader-Übergang  
 LK-F - Landeskader-Fortgeschrittene  
 LK-E - Landeskader-Einsteiger

(entspr. LLZ-Kaderliste → Seite 8)

**2.1. Die Finanzierung der Trainingsteilnahme im Landesleistungszentrum ist für die Kadersportler/innen wie folgt gesichert:**

durch den Verband - ja  / nein

durch die Vereine - ja  / nein

Eigenbeteiligung der Sportler/innen - ja  / nein

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

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

**Kommentar [WHe6]:** Durch Mausclick ankreuzen!

Verband: _____
LLZ: _____

Kommentar [Hinweis7]: wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

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

Nr.	Name, Vorname	Qualifikation	hauptberufl. Trainerin o. Trainer*	Honorartrainerin o. -trainer*
1.			<input 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"/>

Kommentar [WHe8]: Durch Mausclick ankreuzen!

\* bitte ankreuzen

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

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

**3.2. Die Finanzierung der Trainerinnen bzw. Trainer ist wie folgt gesichert:**

Name, Vorname der Trainerin, des Trainers:	Art der Finanzierung:	gesichert bis:
	1. _____ 2. _____ 3. _____	
	1. _____ 2. _____ 3. _____	
	1. _____ 2. _____ 3. _____	
	1. _____ 2. _____ 3. _____	
	1. _____ 2. _____ 3. _____	

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis9]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

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:

---

---

---

---

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis10]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

## 6. Sportanlagen

### 6.1. Für das Training im Landesleistungszentrum stehen folgende Sportanlagen zur Verfügung:

Bezeichnung der Anlage	Name und Anschrift des Eigentümers	Ausstattung der Anlage

### 6.2. Die Benutzung der Anlage ist

unentgeltlich                      - ja                       / nein .

(wenn „nein“:)

Das Entgelt beträgt: .....

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

1.
2.
3.
4.

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis11]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

## 7. Kaderentwicklung

### 7.1. Kurzbericht

Kader	2017	2018	2019	2020	2021
OK					s. 2. Anzahl der (Seite 2 bzw. 10. LLZ-Kaderliste (Seite 8 ff)
PK u. EK					
NK 1					
NK 2					
LK-Ü					
LK-E- u. LK-F					

### 7.2. Wettkampferfolge der dem Landesleistungszentrum zugeordneten Athleten/innen

Niedersächsische Meisterschaften		2018	2019	2020
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>			

Deutsche Meisterschaften		2018	2019	2020
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>			

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis12]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Talentfindung im Landesleistungszentrum**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Probleme im Landesleistungszentrum**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Verband: _____
LLZ: _____

**Kommentar [Hinweis13]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

**10. Liste der im Landesleistungszentrum trainierenden Kaderathleten/innen**

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.				
31.				
32.				



<b>Verband:</b> _____
<b>LLZ:</b> _____

**Kommentar [Hinweis14]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

Fortsetzung der LLZ-Kaderliste

Nr.	Kader	Name, Vorname	Jahrg.	Verein
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.				
64.				
65.				

<b>Verband:</b> _____
<b>LLZ:</b> _____

**Kommentar [Hinweis15]:** wird automatisch ausgefüllt (entspr. Angaben auf S. 1)!

Fortsetzung der LLZ-Kaderliste

Nr.	Kader	Name, Vorname	Jahrg.	Verein
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.				
94.				
95.				