

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

Antrag auf 2-jährige Anerkennung eines Landesstützpunktes - gültig für die Jahre 2017 und 2018 -
Landesfachverband: _____
Disziplin: _____
Landesstützpunkt: _____

1. Name und Anschrift der gesichert zur Verfügung stehenden Trainingsstätte:

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

2. Träger/in bzw. Eigentümer/in der Trainingsstätte:

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

Die Benutzung der Anlage ist unentgeltlich - ja / - nein ,
wenn „nein“:

Das Entgelt beträgt: _____

3. Stützpunktleiterin bzw. -leiter:

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!

Antrag auf Anerkennung eines Landesstützpunktes Verband: _____ Disziplin: _____ LStP: _____	Datum: _____
--	---------------------

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

4. Trainerinnen bzw. Trainer am Stützpunkt:

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"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar [WHe5]: Durch Mausclick ankreuzen!

* bitte ankreuzen

Verantwortliche Trainerin bzw. verantwortlicher Trainer:

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

5. Anzahl der regelmäßig am LStP trainierenden Kaderathletinnen und -athleten inkl. Trainingsumfang

Kader	Anzahl		Trainingsumfang (Stunden / Woche) am LStP
	männl.	weibl.	
A			
B			
C			
D/C			
L			
D 4			
D 3			
D 2			
D 1			

(entspr. LStP-Kaderliste → Seite 4)

Antrag auf Anerkennung eines Landesstützpunktes	Datum:
Verband: _____	
Disziplin: _____	
LStP: _____	

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

8. Stützpunkt-Kaderliste

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.				