

## Antrag auf Prüfberechtigung für das Deutsche Sportabzeichen

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Tel.:</b>	
<b>Mobil:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Verein/Schule:</b>	

**Bitte ankreuzen:**

<b>Sportlehrer/in:</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Übungsleiter/in:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Lizenz-Nr.:</b>
<b>Kampfrichter/in o.ä.:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ausweis-Nr.:</b>
<b>Sonst. Qualifikation</b>		
<b>Die Prüfberechtigung wird für folgende Disziplinen beantragt:</b>	<input type="checkbox"/> Leichtathletik LA <input type="checkbox"/> Schwimmen Schw <input type="checkbox"/> Radfahren RAD <input type="checkbox"/> Turnen TU <input type="checkbox"/> Behindertensport BEH	

Ich versichere, dass ich als Sportabzeichen-Prüfer/in die jeweiligen Prüfungsrichtlinien zur Abnahme des Deutschen Sportabzeichens beachten und nur einwandfrei erzielte Leistungen bestätigen werde.

\_\_\_\_\_  
*Ort/Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*

\_\_\_\_\_  
*Ort/Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift & Stempel des Vereins/ der Schule*

### Stellungnahme des Sportabzeichen-Beauftragten des Stadt-oder Verbandesportverbands:

☐ Ich befürworte den Antrag

☐ Ich lehne den Antrag ab

\_\_\_\_\_  
*Ort/Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift & Stempel SPA-Beauftragten*

**Ihre Ansprechpartnerin beim KSB Lippe e.V. :**  
 Karola Rühl, Tel.: 05231 62 7901  
 E-Mail: [k.ruehl@ksb-lippe.de](mailto:k.ruehl@ksb-lippe.de)

**Prüfberechtigung vom KSB Lippe ausgestellt:**  
 Datum:  
 Unterschrift: