



DOSSIER DE CANDIDATURE SAISON 2019/2020

CENTRE D'ENTRAINEMENT – JS CHERBOURG MANCHE HANDBALL

JOUEURS NÉS EN 2004, 2003, 2002, 2001, 2000, 1999, 1998.

À retourner le plus tôt possible et avant le 8 Avril à :

JS CHERBOURG MANCHE HANDBALL
A l'attention du Directeur sportif
BP 317
50103 CHERBOURG CEDEX

Agrafer une photo d'identité récente et joindre obligatoirement les deux derniers bulletins scolaires (1 minimum). Joindre également si possible une ou plusieurs vidéos de l'un de vos matchs en précisant votre couleur de maillot et votre numéro.

Ecrire lisiblement SVP !

I) Le joueur :

NOM.....
PRENOM.....
DATE DE NAISSANCE..... LIEU
NATIONALITE.....
ADRESSE.....
.....
CODE POSTAL..... COMMUNE.....
E MAIL
TEL DOMICILE.....
TEL PORTABLE

II) Scolarité (joindre les 2 derniers bulletins) :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....
ADRESSE.....
CODE POSTAL..... COMMUNE.....
TEL.....
CLASSE ACTUELLE ET OPTIONS

BOURSIER OUI – NON

REDOUBLEMENT OUI – NON SI OUI, PRECISER LA CLASSE :

MOTIF DU REDOUBLEMENT.....

PROJET PROFESSIONNEL

ETUDES ENVISAGEES L'ANNEE PROCHAINE :

CHOIX 1 :

CHOIX 2 :

III) CV Sportif

- **CLUB 2017-2018 (N-1)**

CATEGORIE NIVEAU DE JEU

CLUB LIGUE

NOM ET TELEPHONE DE L'ENTRAINEUR

.....

- **CLUB ACTUEL 2018-2019 (N)**

CATEGORIE NIVEAU DE JEU.....

CLUB.....LIGUE.....

NOM, TELEPHONE ET MAIL DU PRESIDENT

.....

NOM, TELEPHONE ET MAIL DE L'ENTRAINEUR

.....

NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE HANDBALL

POSTE(S) DE JEU ATTAQUE :

1) 2).....

POSTE(S) DE JEU DEFENSE

1) 2).....

TAILLE..... POIDS.....

DROITIER – GAUCHER

• **SI PARCOURS DE PERFORMANCE FEDERAL**

NOM DU POLE ESPOIR.....
NOM, PRENOM ET TELEPHONE DE L'ENTRAINEUR.....

SECTION SPORTIVE SCOALIRE OUI – NON, laquelle
SELECTION DEPARTEMENTALE OUI – NON
SELECTION LIGUE OUI – NON
STAGE NATIONAL OUI – NON

AUTRES SPORTS PRATIQUES (préciser nombre d'années et niveau).....
.....
.....

IV) Médical

Avez-vous eu de graves blessures ? Si oui lesquelles et en quelle année :
.....
.....

Avez-vous déjà été opéré ? Si oui précisez, nature, date et lieu, le chirurgien ayant pratiqué.
Signalez tout autre problème médical (allergies, pathologies etc...)
.....
.....
.....
.....

V) Les parents

NOM DU PERE :.....
PRENOM :.....
CODE POSTAL..... COMMUNE.....
MAIL :
TEL DOMICILE..... TEL PORTABLE
PROFESSION.....
SITUATION FAMILIALE

NOM DE LA MERE :.....
PRENOM :.....
CODE POSTAL..... COMMUNE.....
MAIL :
TEL DOMICILE..... TEL PORTABLE
PROFESSION.....
SITUATION FAMILIALE

