

FEUILLE DE MATCH STATISTIQUES HANDVISION "LFH" ET "Handball ProD2"

Seule la feuille de match issue de Gesthand est officielle

Nbre de spectateurs
530

N° de la journée
04

FEMININ

XXX

D2

XXXX

A	Club RECEVANT CELLES SUR BELLE	B	Club VISITEUR CHAMBRAY TOURAINNE HANDBAL
----------	---	----------	---

à la mi-temps	A	B	Fin 60' du match	A	B	Prolongation 1	A	B	Prolongation 2	A	B	Après jets de 7m	A	B
	7	16		24	30									

Lieu : **CELLES SUR BE** Gymnase : **SALLE JAUNE** Date : **28/11/2015** Heure : **20:30**

A	N°	Nom - prénom	N° Licence	Nature	But	Py	Arrêt	Tirs	Bp	Pd	A	2'	2'	2'	D	
Club RECEVANT	16	HICQUEBRANT JUSTINE					6	1								
	23	GELOT MELANIE					3									
	5	DELCEV NELLY				2		2	1			1				
	10	INGLIS DAVINA				4		10	2		1					
	11	COURCELLES ANABELLE				1		3	3							
	13	CHAUVET MATHILDE						1								
	14	GRACIA-ARDERIU NURIA				1		3								
	18	HOSTEING GUILLEMETTE							2	4						
	19	MANGA CHRISTELLE				4			6							
	20	SALAMY MARGOT							1		1					
	35	SZABO GABRIELLA				6			11	2						
	87	SENAMAUD CELINE				2			4	3	1					
99	TOPIC SLADJANA				4			6	1		1	1	1			
Entraîneur autorisé Off. A	PHILIPPART VINCENT			Responsable de la salle et du terrain				Speaker								
Off.	LANGE DOMINIQUE			Nom												
Off.	GRUFFY MAX			Préno												
Off.				Licenc												

NOM/PRÉNOM DU KINÉSITHÉRAPEUTE : _____ N°LICENCE : _____ NOM/PRÉNOM DU MÉDECIN : _____ N°LICENCE : _____

B	N°	Nom - prénom	N° Licence	Nature	But	Py	Arrêt	Tirs	Bp	Pd	A	2'	2'	2'	D	
Club VISITEUR	1	OLIVEIRA JACQUELINE					5									
	12	JUBAULT MATHILDE					6									
	2	VITOS CAMILLE						2								
	3	HERBRECHT SOPHIE				1		1	1							
	4	CISSE KOUMBA				5		6	1		1					
	5	SANKHARE AMINA				2		7					1			
	7	BOUTROUILLE VANESSA				5		10	1							
	10	BEKONO CASSANDRA														
	18	BAUDOUIIN STELLA				3		3				1				
	21	NICOLLET MATHILDE				5		6								
	23	DE-ALMEIDA MAEVA				4	1	7	2							
	73	VARINOT ALINE				3		4	2							
	85	DESOUSA ANA				2		3								
99	BLIN SORENZA										1	1				
Entraîneur autorisé Off. A	MARQUES GUILLAUME															
Off.	CORBINEAU ERIC															
Off.																
Off.																

NOM/PRÉNOM DU KINÉSITHÉRAPEUTE : _____ N°LICENCE : _____

	Arbitre 1	Arbitre 2	Délégué	Capitaine A	Capitaine B	Secrétaire	Chronométrateur		
NOM	PAJOT MATHIEU	PAJOT MATHIAS		TOPIC SLADJANA	BAUDOUIIN STELLA				
PRENOM									
N° de licence									
Signature									
Rapport des arbitres (indiquer "oui" si au verso une case est cochée "oui")						RESULTAT			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						A	24	B	29
						Résultat final en lettres			

* B.P. : Balles Perdues

* P.D. : Passes Décisives



