



94257 Gentilly cedex
Tél : 01 46 15 03 55
Fax : 01 46 15 03 60

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

Seule la feuille de match issue de Gesthand est officielle

Nbre de spectateurs
800

N° de la journée
16

FEMININ

D1

~~XX~~

~~XX~~

A	Club RECEVANT OGC NICE COTE D'AZUR HB	B	Club VISITEUR METZ HANDBALL
----------	--	----------	--

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
	11	11		23	23									

Lieu : NICE	FRANCE	Gymnase : HALLE DES SPORTS CHARLES EHRMA	Date : 12/02/2016	Heure : 20:30
-------------	--------	---	--------------------------	----------------------

	A	N°	Nom - prénom	N° Licence	Nature	But	Py	Arrêt	Tirs	Bp	Pd	A	2'	2'	2'	D
Club RECEVANT		16	DARLEUX CLEOPATRE					13			1	1				
		37	SAIBOU LAETITIA													
		71	BALZINC AMANDINE													
		3	EDWIGE BEATRICE										1			
		4	ROCHA SAMIRA				3			5	1					
		8	ELISME TATIANA													
		18	KOUYATE AISSATOU				3			5				1		
		19	LE-BIHAN MANON							1						
		20	KNUSTDOTTIR KAREN				5	1		9	4					
		24	CHAMBERTIN DJAZZ													
		31	HORNYAK AGNES							1	1		1			
		39	PALDDOTTIR ANNA-SIR				1			2	2					
		64	LACRABERE ALEXANDRA				9	2		16	2	1	1			
	73	DAQUIN LAURINE				2			4				1	1		
Entraîneur autorisé Off. A			GARDILLOU SEBASTIEN									1				
Off.																
Off.																
Off.																

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	GLAUSER LAURA					15								
		4	KANTO NINA				1			2	1					
		6	GROS ANA				8	2		10	2		1			
		7	ZAADI GRACE				6	1		10	4		1			
		8	FLIPPES LAURA							2						
		11	HORACEK TAMARA								2					
		12	RAJCIC MARINA						1							
		18	KANOR LAURA													
		20	POP-LAZIC SLADJANA													
		21	LEVEQUE ALICE				1	1		3						
		22	SMITS XENIA				3			7			1			
		27	MAUBON MARION				3			5				1	1	
		30	LUCIANO JURSWAILLY				1			2	2					
	66	BURLET LINDSAY											1			
Entraîneur autorisé Off. A			MAYONNADE EMMANUEL													
Off.																
Off.																
Off.																

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

	Arbitre 1	Arbitre 2	Délégué	Capitaine A	Capitaine B	Secrétaire	Chronométrateur
NOM				HORNYAK AGNES			
PRENOM							
N° de licence							
Signature							

RESULTAT

A 23 B 23
Résultat final en lettres

Rapport des arbitres (indiquer "oui" si au verso une case est cochée "oui")

Oui Non

* B.P. : Balles Perdues

* P.D. : Passes Décisives

