



DOSSIER DE CANDIDATURE SAISON 2026/2027

CENTRE DE FORMATION – JS CHERBOURG MANCHE HANDBALL

NÉS EN 2009 (1 an d'avance scolaire), 2008, 2007, 2006, 2005

À retourner le plus tôt possible et avant le 31 Décembre à :

JS CHERBOURG MANCHE HANDBALL
A l'attention de Julien
LEONARD, responsable du
centre de formation

OU

julien.leonard@jscherbourg.fr

BP 317
50103 CHERBOURG CEDEX

Agrafer une photo d'identité récente et joindre obligatoirement les deux derniers bulletins scolaires. 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 !



Photo
D'identité

DOSSIER DE CANDIDATURE SAISON 2026/2027

CENTRE DE FORMATION JS CHERBOURG MANCHE HANDBALL

JOUEURS NÉS EN
(2009), 2008, 2007, 2006, 2005

1

LE JOUEUR

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU :
NATIONALITÉ :
ADRESSE :
.....
CODE POSTAL : COMMUNE :
MAIL :
TÉL DOMICILE :
TÉL PORTABLE :

2

SCOLARITÉ (joindre les 2 derniers bulletins)

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :
CLASSE ACTUELLE ET OPTIONS :
BOURSIER : OUI – NON
REDOUBLEMENT : OUI – NON SI OUI, PRÉCISER LA CLASSE :
PROJET PROFESSIONNEL :
ÉTUDES ENVISAGÉES L'ANNÉE PROCHAINE :
CHOIX 1 :
CHOIX 2 :



3

CV SPORTIF

• CLUB 2024 - 2025 (N-1)

CATÉGORIE : NIVEAU DE JEU :

CLUB : LIGUE :

NOM ET TÉLÉPHONE DE L'ENTRAINEUR :

.....

• CLUB ACTUEL 2025 - 2026 (N)

CATÉGORIE : NIVEAU DE JEU :

CLUB : LIGUE :

NOM, TÉLÉPHONE ET MAIL DU PRÉSIDENT :

.....

NOM, TÉLÉPHONE ET MAIL DE L'ENTRAINEUR :

.....

NOMBRE D'ANNÉES DE PRATIQUE DU HANDBALL :

POSTE(S) DE JEU ATTAQUE :

1)

2)

POSTE(S) DE JEU DÉFENSE :

1)

2)

TAILLE : cm POIDS : kg DROITIER – GAUCHER

• SI PARCOURS DE PERFORMANCE FÉDÉRAL

NOM DU PÔLE ESPOIR :

NOM, PRÉNOM ET TÉLÉPHONE DE L'ENTRAINEUR :

.....

SECTION SPORTIVE SCOLAIRE OUI – NON, laquelle :

SÉLECTION DÉPARTEMENTALE OUI – NON, laquelle :

SÉLECTION LIGUE OUI – NON, laquelle :

STAGE NATIONAL OUI – NON

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

.....

**4****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...).

.....
.....
.....
.....

5**LES PARENTS**

NOM DU PÈRE :

PRÉNOM :

CODE POSTAL : COMMUNE :

MAIL :

TÉL DOMICILE : TÉL PORTABLE :

PROFESSION :

SITUATION FAMILIALE :

NOM DE LA MÈRE :

PRENOM :

CODE POSTAL : COMMUNE :

MAIL :

TÉL DOMICILE : TÉL PORTABLE :

PROFESSION :

SITUATION FAMILIALE :

