

รายละเอียดการแข่งขัน

2nd Asian Masters Swimming Championships 2026

สถานที่จัดการแข่งขัน (Venue)

Centre for Sports Excellence - Dolphin Aquatics, **Bangalore, Karnataka, India** ศูนย์ความเป็นเลิศทางกีฬา
ดอลฟิน อะควาติกส์ เมืองบังคาลอร์ รัฐการณาตากะ ประเทศอินเดีย

กำหนดการแข่งขัน (Dates)

วันที่ 4 – 10 ตุลาคม 2569 (2026)

คุณสมบัติผู้เข้าแข่งขัน (Eligibility)

- ผู้เข้าร่วมการแข่งขันจะต้องมีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2569) การแบ่งรุ่นอายุและทีมผลัด ได้ใช้กฎเกณฑ์เหมือนการแข่งขันมาสเตอร์อื่นๆทั่วไป
- การแข่งขันนี้ไม่มีการกำหนดเกณฑ์เวลาขั้นต่ำ (No qualification time) แต่นักกีฬาต้องยื่นเวลาสถิติสมัคร (Entry time) เพื่อใช้ในการจัดคู่และชุด
- นักกีฬาแต่ละคนลงแข่งขันประเภทบุคคลได้ไม่เกิน 5 รายการ และประเภททีมผลัดไม่เกินคนละ 4 รายการ
- การส่งรายชื่อเข้าแข่งขันประเภททีมผลัด ต้องแจ้งส่งรายชื่อล่วงหน้า 1 วันก่อนถึงวันแข่งขันในรายการนั้น

ค่าธรรมเนียมการสมัคร

- ค่าธรรมเนียมลงทะเบียนนักกีฬา: 60 ดอลลาร์สหรัฐ / คน
- ค่าสมัครประเภทบุคคล: 20 ดอลลาร์สหรัฐ / รายการ
- ค่าสมัครประเภททีมผลัด: 40 ดอลลาร์สหรัฐ / ทีม

ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมการแข่งขัน

นักกีฬาแต่ละคนสามารถสร้างบัญชีผู้ใช้ส่วนตัว อัปโหลดเอกสาร เลือกรายการแข่งขัน และชำระเงินค่าสมัครได้ด้วยตนเองโดยตรง ทางผู้จัดการแข่งขันจะจัดส่งระบบ(Login) ให้กับสมาคมกีฬาทงน้ำแห่งประเทศไทย เพื่อทำหน้าที่กดยืนยัน (Approve) รายชื่อและรายการแข่งขันของสมาชิก หลังจากทีนักกีฬาได้ทำการลงทะเบียนด้วยตนเองผ่านทางเว็บไซต์อย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว

เอกสารที่ต้องใช้ในการสมัคร

- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) ที่ยังไม่หมดอายุ

- ใบรับรองแพทย์ ที่ออกให้เป็นภาษาอังกฤษ (แบบฟอร์มภาษาอังกฤษ ได้แนบมาในหน้าหลัง) โดยรองรับไฟล์ประเภท PDF หรือไฟล์รูปภาพ ขนาดไม่เกิน 5MB ต่อเอกสาร
- รูปถ่ายประจำตัว (Profile Photo) มีข้อกำหนดจำเป็นคือต้องเห็นใบหน้าชัดเจน เป็นรูปถ่ายหน้าตรงแบบหนังสือเดินทาง (Passport-style) แสงสว่างชัดเจน ห้ามสวมแว่นกันแดด หมวก หรือใช้ฟิลเตอร์แต่งรูป เป็นไฟล์ PNG/JPG · ขนาดไม่เกิน 3MB

การตรวจสอบเอกสารโดยเจ้าหน้าที่จัดการแข่งขันจะใช้เวลาดำเนินการประมาณ 1-2 วันทำการ โดยในระหว่างที่รอผลการตรวจสอบ ท่านสามารถเรียกดูรายละเอียดต่าง ๆ ในระบบได้ แต่จะยังไม่สามารถลงทะเบียนเลือกรายการแข่งขันได้จนกว่าเอกสารจะผ่านการอนุมัติ

กำหนดวันปิดรับสมัคร:

- ผู้จัดการแข่งขันหมดเขตรับสมัคร 30 สิงหาคม 2569
- ฝ่ายกีฬามาสเตอร์ขอสงวนสิทธิ์ในการปิดรับสมัครภายในวันที่ 25 สิงหาคม 2569 เพื่อให้มีระยะเวลาเพียงพอในการตรวจสอบเอกสารของผู้จัดการแข่งขันและดำเนินการอนุมัติตามขั้นตอนของฝ่ายจัดการแข่งขันต่อไป

ตารางการแข่งขัน วอร์มอัพ 7.00-7.45 น. เริ่มการแข่งขัน 9.00 น

4 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 1

100m	ฟรีสไตล์
50m	กบ

5 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 2

50m	กรรเชียง
200m	ผีเสื้อ
4 x 50m	ผลัดฟรีสไตล์มิกซ์

6 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 3

50m	ผีเสื้อ
200m	กบ
4 x 50m	ผลัดฟรีสไตล์

7 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 4

100m	กรรเชียง
200m	ฟรีสไตล์
4 x 50m	ผลัดผสมมิกซ์

8 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 5

100m	ผีเสื้อ
400m	ฟรีสไตล์
4 x 50m	ผลัดผสม

9 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 6

200m	กรรเชียง
100m	กบ
400m	เดี่ยวผสม

10 ตุลาคม 2569 การแข่งขันวันที่ 7

200m	เดี่ยวผสม
50m	ฟรีสไตล์

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE

PART 1: ATHLETE INFORMATION

Full Name (Mr./Mrs./Ms.): _____

Date of Birth (DD/MM/YYYY): ____ / ____ / ____ Age: ____ Gender: ____

Passport / ID Number: _____ Issues Country _____

PART 2: MEDICAL EXAMINATION

1. Vital Signs & General Physical Examination:

Blood Pressure: _____ mmHg Heart Rate: _____ bpm

Cardiovascular & Respiratory Systems: ☐ Normal ☐ Abnormal

Skin & Infectious Diseases: ☐ Free of Contagious / Skin Disease ☐ Present

2. Medical Assessment for High-Intensity Aquatic Sports:

Does the athlete have any history of cardiovascular disease, uncontrolled hypertension, asthma, seizures, or other major conditions that would impede safe participation in competitive swimming?

☐ NO ☐ YES (If Yes, please specify: _____)

PART 3: PHYSICIAN'S DECLARATION & CLEARANCE

I, Dr. _____, hereby certify that I have physically examined the athlete named above.

Based on the clinical examination, I declare that the athlete is **MEDICALLY FIT** to participate in high-intensity competitive swimming events at the 2nd Asian Masters Championships.

Physician's Signature: _____ Date (DD/MM/YYYY): ____ / ____ / ____

Doctor's Full Name: _____ Medical License No.: _____

Hospital / Clinic Name: _____

Address & Contact No.: _____

(Official Hospital / Clinic Stamp Required)